

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования "Северо-Осетинская
государственная медицинская академия" Министерства
здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра хирургических болезней № 1



СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Учебно-методическое пособие
для студентов медицинских вузов

Владикавказ 2019 г.

Авторы: сотрудники кафедры хирургических болезней №1 СОГМА:
зав. каф. Беслекоев У.С.
проф. Хутиев Ц.С.
доц. Вахоцкий В.В.
доц. Ардасенов Т.Б.
асс. Наниев Б.Л.
асс. Дзахов В.Р.

Рецензенты:
зав. каф. хирургических болезней №2 СОГМА, проф. Тотиков В. З.

ФГБОУ ВО Чеченский Государственный Университет-
Медицинский институт
Профессор кафедры факультетской хирургии Айсханов С.К.

Титульный лист

КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ №1

Заведующий кафедрой: _____
(ученое звание, ученая степень)

Преподаватель: _____
(ученое звание, ученая степень)

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

(фамилия, имя, отчество больного)

Клинический диагноз:

Основное
заболевание _____

Осложнения основного заболевания

Сопутствующие
заболевания _____

Куратор - студент (ка) ____ курса _____ группы факультета

(фамилия, имя, отчество студента)

Дата курации _____

I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Пол.
3. Возраст.
4. Постоянное место жительства.
5. Профессия.
6. Диагноз направившего учреждения.
7. Дата и время поступления.
8. Дата курации.

Пояснения к разделу: *В истории болезни паспортную часть заполняет сотрудник приемного отделения. Лечащий врач должен уточнить все разделы анкетных данных. Профессия и место работы могут натолкнуть врача на мысль о возможных производственных вредностях. Место постоянного жительства предусматривает разрешение в основном двух вопросов: выявление эндемического заболевания и обеспечение переписки после выписки больного (изучение отдаленных результатов, этапного хирургического лечения, работа по диспансеризации). Следует выяснить из талона госпитализации, с каким диагнозом больной направлен в стационар, что ему делалось. Диагноз направившего учреждения не должен индуцировать лечащего врача, в условиях поликлиники, амбулатории или при вызове врача на дом диагноз поставить значительно труднее.*

II. ЖАЛОБЫ

При трактовке жалоб необходимо соблюдать последовательность описания, в первую очередь указываются основные жалобы, связанные с заболеванием, по поводу которого больной обратился к хирургу. Второстепенные жалобы, связанные с сопутствующими заболеваниями, излагаются после основных.

На момент поступления больной может предъявлять жалобы на:

- Боль.

Необходимо указать: локализацию (анатомическую область), характер (острая, тупая, колющая, жгучая, ноющая, сжимающая), интенсивность (слабая, умеренная, сильная), продолжительность (постоянную, приступообразную, схваткообразную, длящуюся минуты, часы, сутки), условия возникновения (в покое, при физической нагрузке, кашле, изменении положения тела, резких движениях, дыхательных движениях, определенном положении тела, эмоциональном напряжении), связь с приемом пищи (голодные боли, во время еды, после еды), суточная зависимость (возникающую днем, ночью), иррадиация (анатомическая область) купирование боли (самостоятельно, в состоянии покоя, после приема пищи, после применения тепла, после применения холода, после рвоты, при помощи медикаментозных препаратов, в течение определенного времени).

- Лихорадку:

Необходимо указать: быстроту и степень повышения температуры, колебание температура в течение суток, длительность лихорадочного периода, сопровождение ознобами, потливостью, слабостью, кашлем, одышкой, болями в животе, желтухой. Различают следующие виды лихорадок: постоянная, ремитирующая, гектическая, извращенная, волнообразная, перемежающаяся.

-Кашель (tussis):

Необходимо указать: характера (сухой, с выделением мокроты, надсадный, «лающий»), время возникновения (днем, ночью, утром), периодичность (постоянный, периодический, приступообразный), провоцирующийся (глубоким вдохом, холодным питьем, выходом на улицу, курением), купируется (горячим питьем, медикаментозными препаратами).

- Мокроту: (sputum):

Необходимо указать: характер (серозной, слизистой, слизисто-гнойной, гнойной консистенции), примеси (крови), выделение (одномоментное, равномерное в течение суток), положение (стоя, лежа, сидя).

- Кровохарканье (haemoptoe):

Необходимо указать: характер (прожилки, сгустки чистой крови), цвет (алый, темный, ржавый, малиновый), провоцирующие факторы (после еды, питья, эмоционального напряжения, приступа кашля, без видимой причины), количество.

- Одышку (dyspnoe):

Необходимо указать: условия возникновения (в покое, при физической нагрузке, при кашле, при изменении положения тела), характер (инспираторная, экспираторная, смешанного характера), время возникновения (днем, ночью, постоянно), купирование (самостоятельно, в состоянии покоя, медикаментозными препаратами).

- Удушье (asthma):

Необходимо указать: условия возникновения (после кашля, в связи с физической нагрузкой, после или во время курения, в душном помещении), характер (затрудненного вдоха, затрудненного выдоха, нехватки воздуха), продолжительность приступов, купирование (самостоятельно, медикаментозными препаратами, в течение какого времени).

- Сердцебиения (palpatio cordis).

Необходимо указать: наличие ощущения перебоев в сердце, условия возникновения (в связи с физической нагрузкой, эмоциональной нагрузкой, приемом пищи), характер (эпизодические, приступообразные, постоянные), частота возникновения (до раз в день, неделю, месяц, год), купирование (самостоятельно, в состоянии покоя, медикаментозными препаратами, в течение).

- Отеки (oedema):

Необходимо указать: локализация (нижние, верхние конечности, поясница, лицо, живот, местные, анасарка), характер (пастозные, умеренно выраженные, резко выраженные), условия возникновения (утром, вечером, на протяжении суток, после физической нагрузки, постоянные, после питьевой нагрузки, после избыточного приема соли), скорость нарастания отеков, факторы, способствующие уменьшению или исчезновению отеков:

- Диспепсические явления:

Необходимо указать: наличие затруднения глотания и прохождения пищи по пищеводу (dysphagia), тошноты (nausea), рвоты (vomitus), отрыжки, изжоги, вздутие живота (meteorismus), условия возникновения (в связи с приемом пищи, на голодный желудок, после приема пищи, при приеме в пищу жирного, соленого, острого, молочных продуктов, при переедании), купирование (самостоятельно, в состоянии покоя, при применении холода, при применении тепла, после рвоты, медикаментозными препаратами в течение).

- Изменения аппетит

Необходимо указать: сохраняемый, пониженный, повышенный (polyphagia), полностью отсутствующий (anorexia), извращенный.

Отвращение к жирной, к мясной пище.

- Изменения стула

Необходимо указать: характер (обильный, умеренный, небольшой, запоры, оформленный, жидкий, кашицеобразный, твердый, «овечий»), цвет (коричневый, желто-коричневый, желтый, серо-белый, дегтеобразный), кратность (до раз в сутки).

- Кровотечения:

Необходимо указать: признаки пищевого, желудочного, кишечного и геморроидального кровотечения, рвота кровью, кофейной гущей, черный дегтеобразный стул (melena), свежая кровь в кале.

- Желтуху

Необходимо указать: время возникновения, условия возникновения (после болевого приступа, развития диспепсических явлений, приема в пищу жирного, острого, приема алкоголя, после переедания), сопровождение (кожным зудом, изменения цвета кала, изменением цвета мочи).

- Изменение мочеиспускания:

Необходимо указать: количества мочи (большое, малое, полная ее задержка), затрудненное мочеиспускание (тонкой струей, каплями, прерывистое), наличие непроизвольного мочеиспускания, ложные позывы на мочеиспускание, резь, жжение, боли во время мочеиспускания (в начале, в конце или во время всего акта мочеиспускания), учащенное мочеиспускание, ночное мочеиспускание, изменение цвета мочи (насыщенно желтый, темный, цвет «пива», красный, цвета «мясных помоев»), прозрачность мочи, наличие примесей крови в моче (в начале или в конце мочеиспускания, во всех порциях).

- Нарушения менструального цикла:

Необходимо указать: их нерегулярность, нарушение периодичности, количество, продолжительность, болезненность, маточные кровотечения, другие выделения (бели).

- Нарушение половой функции:

Необходимо указать ее изменения (повышена, снижена, отсутствует).

- Головокружение

Необходимо указать: характер, условия возникновения (при ходьбе, при изменении положения тела и головы), сопровождение (потерей сознания, падением).

- Состояние психики:

Необходимо указать: снижение работоспособности, снижение памяти, потеря внимание, нарушение сна (нарушение глубины сна, нарушение продолжительности, бессонница).

- Эмоционально-волевою сферу:

Необходимо указать: настроение, особенности характера, повышенная раздражительность, вялость, апатия, тревожная мнительность, депрессии, эйфория, суицидальные мысли и намерения.

- Двигательную сферу:

Необходимо указать: слабость в конечностях, дрожание, судороги, другие непроизвольные движения

- На нарушения кожной чувствительности:

Необходимо указать: чувствительность (повышенную, пониженную), парестезию в определенных областях, боли по ходу нервных стволов, корешковые боли.

- Зрение, вкус, обоняние, слух

Пояснения к разделу: жалобы надо изучать внимательно, вдумчиво. Именно полученные при изучении жалоб сведения, дают верную ориентировку о характере заболевания.

III. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (Anamnesis morbi)

Так же вдумчиво и скрупулезно надо изучать, как развивалось заболевание. По возможности точно устанавливают начало заболевания. Если болезнь появилась несколько часов назад, следует установить час начала болезни: сколько часов прошло с момента заболевания. Необходимо попытаться выяснить причину болезни или связь с возникновением с какими-либо предшествующими событиями. Далее в хронологическом порядке изучают первые симптомы болезни, их нарастание, изменение с течением времени, появление новых симптомов; изменение общего состояния больного в течение болезни (постепенное ухудшение, потеря веса, изменение температуры, нарастание слабости и т. д.). Одновременно следует выяснить изменение функции других систем и органов по мере развития болезни, приведшей больного в клинику. Следует зафиксировать первое обращение к врачу, и последующие, выполненные до поступления в клинику исследования, результаты их, проводившееся ранее лечение и его эффективность (если больной помнит). Представляемые больным документы о ранее проводившихся исследованиях и лечении подлежат внимательному изучению.

Исключительное значение имеет начало болезни при острой хирургической патологии, и травматических повреждениях.

Вариант вопросов:

- В течение, какого времени считает себя больным?
- Где и при каких обстоятельствах заболел впервые?
- Факторы, предшествующие началу заболевания.
- С каких признаков началось заболевание? Первое обращение к врачу, результаты проводившихся исследований, диагноз заболевания, лечение в тот период, его эффективность.

- Последующее течение заболевания:

- а) динамика начальных симптомов, появление новых симптомов и дальнейшее проявление всех признаков заболевания;
- б) частота обострений, длительность ремиссий, осложнения заболевания;
- в) выполнявшиеся лечебные и диагностические мероприятия (стационарное или амбулаторное обследование и лечение, применявшиеся медикаментозные средства, физиотерапия, санаторно-курортное лечение и др.), результаты диагностических исследований (анализ крови, мочи, ЭКГ, данные рентгенологического исследования и т.д), эффективность проводившейся терапии;
- г) трудоспособность за период заболевания.

Пояснения к разделу: Изучение анамнеза - задача трудная и важная. У хорошо осведомленных и уравновешенных больных анамнез собрать легко, у других пациентов изучение анамнеза представляет чрезвычайные трудности или вовсе невозможно (у больного и бессознательном или крайне тяжелом состоянии, у глухонемых, у больных с психическими отклонениями, у находящихся в алкогольном или наркотическом опьянении, у детей раннего возраста). В последнем случае в изучении анамнеза болезни помогают родственники, родители или люди, доставившие больного в стационар. Нельзя идти слепо на поводу у диагноза, поставленного при предыдущих исследованиях, даже выполненных в том же учреждении.

IV. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (*Anamnesis vitae*)

Социальное положение семьи, в которой родился больной.

Развитие в детском возрасте. Расспросив больного о раннем детстве (росте, массе тела), о учебе, о времени появления вторичных половых признаков, врач получает представление об умственном и физическом развитии больного, о его реакции на болезни, травмы, о половом созревании и т. д.

Понятно, что частые детские болезни, простудные заболевания, плохая успеваемость в школе, отставание в развитии от сверстников свидетельствуют о неблагоприятных условиях формирования организма.

Образование и трудовой анамнез: начало трудовой деятельности: с какого возраста, кем и где начал работать. Дальнейшая трудовая деятельность в хронологической последовательности с указанием мест работы и должностей. Условия и режим труда (ночные смены, пребывание на сквозняке, длительное статическое напряжение, физическое и психоэмоциональное напряжение, температурный режим и т.п.). Профессиональные вредности (воздействие токсических, химических соединений, ионизирующей радиации и других вредностей).

Наследственность: Родители, братья, сестры, дети: состояние их здоровья, заболевания, причины смерти (указать, в каком возрасте). Отягощенная наследственность: наличие у родственников злокачественных новообразований, сердечно-сосудистых (инфаркт миокарда, стенокардия, артериальная гипертензия, инсульт), эндокринных (сахарный диабет, тиреотоксикоз и др.) и психических заболеваний, геморрагических диатезов, алкоголизма. Наличие у ближайших родственников в анамнезе туберкулеза и сифилиса.

Материально - бытовые условия. Жилищные и санитарно-гигиенические условия в быту (площадь помещений, их характеристика, наличие удобств). Количество проживавших на данной жилплощади лиц. Климатические условия. Пребывание в зонах экологических бедствий. Режим и регулярность питания, характер и разнообразие пищи, калорийность и т.д.

Перенесенные заболевания, ранения, контузии, повреждения, операции. При изучении перенесенных заболеваний и травм, прежде всего надо обратить внимание на ранее имевшие место заболевания. Следует уточнить, когда было перенесено инфекционное заболевание, как оно протекало, были ли осложнения, где (в стационаре, дома) лечили, какие остались последствия, когда они исчезли, продолжительность лечения болезни и осложнений. Большое значение имеет получение исчерпывающих сведений о перенесенном туберкулезе, гепатите, сифилисе, ВИЧ. Знание о наличии инфекционного процесса у больного на момент поступления в хирургический стационар необходимо при выборе метода лечения, а также проведении санитарно-эпидемиологических мероприятий.

Семейно-половой анамнез: Для женщин - краткий гинекологический анамнез - подробно изучают физиологию и патологию половой сферы: время полового созревания, появление и характер менструаций, особенности их и изменения с началом половой жизни; перенесенные беременности, роды, аборт, их особенности и осложнения; болезни половой сферы, перенесенные операции и применявшиеся методы лечения. Непременно надо указать дату начала последней менструации. Семейное положение на момент осмотра, количество детей.

Вредные привычки: Курение - продолжительность и количество. Употребление спиртных напитков, наркотических веществ.

Перенесенные операции. При изучении перенесенных больным операций надо выяснить, какая была операция, когда и где ее выполняли, были ли после операции осложнения. Особое внимание надо уделить послеоперационным кровотечениям, нагноениям, осложнениям со стороны сосудов (тромбофлебиты, эмболии), реакции на применение антибиотиков, сульфаниламидных препаратов, других лекарств, реакции,

на переливание крови. Непременно надо выяснить, под каким видом обезболивания была выполнена операция, переносимость новокаина, посленаркозные осложнения

Аллергологический анамнез: Выясняют непереносимость продуктов питания, лекарственных препаратов, вакцин и сывороток и как она проявляется. При наличии аллергических реакций (вазомоторного ринита, крапивницы, отека Квинке), уточняют причину и периодичность их возникновения.

Страховой анамнез: наличие полиса обязательного и добровольного страхования.

Инвалидность (с какого возраста, причина, группа инвалидности).

V. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ (Status praesens).

ОБЩИЙ ОСМОТР.

Объективное исследование надо проводить в светлой комнате, лучше с естественным освещением. Исследование начинают с общего осмотра больного, отмечая общее состояние, которое может оцениваться как удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое и крайне тяжелое.

Сознание: ясное, спутанное - ступор, сопор, кома, бред, галлюцинации. Реакция на окружающее: сдержанная, безразличие, повышенный интерес. Настроение: ровное, подавленное, эйфория.

Положение больного: активное (ходит), активное в постели, вынужденное (например, подтянуты ноги к животу из-за болей), пассивное (при параличах, у больных без сознания).

Телосложение: правильное и неправильное, дать описание конституционального типа (нормостенический, гиперстенический, астенический), рост и вес (указывают в соответствующих единицах).

Питание: нормальное, пониженное, повышенное, ожирение (степень), кахексия.

Осанка (прямая, сутуловатая), походка (быстрая, медленная, атактическая. спастическая, паретическая),

Температура тела: у больных измеряется, как правило, 2 раза в день: утром натощак (с 7 до 9 ч) и вечером перед последним приемом пищи (с 17 до 19 ч).

Выражение лица: спокойное, безразличное, маскообразное, тоскливое, страдальческое, возбужденное, утомленное и т.д. Лицо Корвизара, (facies febris, facies nefritica, facies Hypocratica, facies mitralis facies Basedovica) и др.

Кожные покровы, ногти и видимые слизистые: Цвет (бледно-розовый, смуглый, красный, синюшный, желтушный, бледный, землистый). Пигментация и депигментация (лейкодерма), их локализация. Высыпания: форма сыпи (розеола, папула, пустула, везикула, эритема, пятно, лихорадочные высыпания - herpes), локализация высыпаний, единичные или множественные (сливные) высыпания. Сосудистые изменения: телеангиоэктазии, «сосудистые звездочки», их локализация и количество. Кровоизлияния: локализация, размер, количество, выраженность.

Рубцы: локализация, цвет, размеры (в сантиметрах), форму, спаянность с окружающими тканями, подвижность, болезненность. Трофические изменения: язвы, пролежни, их локализация, размер, характер поверхности и т.д.

Видимые опухоли: миома, ангиома, атерома и др., их локализации, размер.

Влажность кожи, тургор кожи. Тип оволосения.

Ногти: форма ("часовые стекла", койлонихии и др.), цвет (розовый, синюшный, бледный), поперечная или продольная исчерченность, ломкость ногтей,

Видимые слизистые: цвет (розовый, бледный, синюшный желтушный, красный), высыпания на слизистых (энантема), их локализация и выраженность, влажность слизистых.

Подкожно-жировая клетчатка: развитие (умеренное, слабое, чрезмерное), места наибольшего отложения жира (на животе, руках, бедрах), отеки, их локализация (конечности, поясница, живот), распространенность (местные иди анасарка),

выраженность (пастозность, умеренные или резко выраженные), консистенция отеков.

Отеки определяют надавливанием на кожу кончиком пальца (остается медленно выполняющаяся ямка). При выраженных отеках лучше давление палы/ем производить в области костей - над лодыжкой или большеберцовой костью.

Болезненность при пальпации подкожно-жировой клетчатки, наличие крепитации (при воздушной эмфиземе подкожной клетчатки).

Лимфатические узлы: Локализация пальпируемых лимфоузлов (затылочные, околоушные, подчелюстные, шейные, надключичные и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные). Их величина, форма, консистенция, болезненность, подвижность, сращения между собой и с окружающими тканями, состояние кожи над лимфоузлами.

Пальпацию надо выполнять так, чтобы не причинять больному никаких неприятных ощущений. Руки у врача должны быть теплыми и сухими. Если в холодное время года не удастся быстро согреть руки, надо об этом с извинением предупредить больного. Выполняющая пальпацию рука (кисть, пальцы) должна ложиться нежно на соответствующую часть тела и тотчас же принимать форму этой части тела, облекая ее. Пальпацию проводят, осторожно проникая пальцами в глубь тканей и делая скользящие и круговые движения кончиками пальцев, а иногда и всей ладонью. Каждая группа лимфатических узлов требует особого приема пальпации.

Зев: окраска, краснота, припухлость, налеты. Миндалины: величина, краснота, припухлость, налеты.

Мышцы: степень развития (удовлетворительная, слабая, атрофия, гипертрофии мышц). Тонус: сохранен, снижен, повышен (ригидность мышц). Сила мышц. Болезненность и уплотнения при ощупывании.

Кости: форма костей, наличие деформаций, болезненность при ощупывании, поколачивании, состояние концевых фаланг пальцев рук и ног (симптом «барабанных палочек»).

Суставы: Конфигурация, припухлость, болезненность при ощупывании, гиперемия и местная температура кожи над суставами. Движения в суставах: их болезненность, хруст при движениях, объем активных и пассивных движений в суставах.

При исследовании костно-суставной системы надо отметить пропорциональность частей скелета, сохранение нормальных контуров различных отделов тела (головы, шеи, туловища, конечностей) и сохранение нормального объема движений в суставах (при учете их формы). Непременным условием при исследовании каждого хирургического больного является осмотр, выполнение активных и пассивных движений, проверка реакции на нагрузку по длине и пальпация позвоночника. Исследование позвоночника, суставов и костей, так же как и всех других тканей и органов, следует проводить очень осторожно, особенно при подозрении на патологические изменения в них.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

ОСМОТР

Нос: изменения формы носа, дыхание через нос (свободное, затрудненное). Отделяемое из носа, его характер и количество. Носовые кровотечения.

Гортань: Деформация и припухлость в области гортани. Голос (громкий, тихий, чистый, сиплый), отсутствие голоса (афония).

Грудная клетка: Форма грудной клетки: нормостеническая, гиперстеническая, астеническая, патологические формы (эмфизематозная, бочкообразная, паралитическая, ладьевидная, рахитическая, воронкообразная). Выраженность над- и подключичной ямок (выполнены, запавшие, втянуты), ширина межреберных промежутков (умеренные, широкие, узкие), величина эпигастрального угла (прямой, тупой),

положение лопаток и ключиц (не выступают, выступают умеренно, отчетливо, крыловидные лопатки), соотношение переднезаднего и бокового размеров грудной клетки, симметричность грудной клетки (увеличение или уменьшение одной из половин, локальные выпячивания или западения).

Искривления позвоночника: кифоз, лордоз, сколиоз, кифосколиоз.

Окружность грудной клетки, экскурсия грудной клетки на вдохе и выдохе.

Дыхание: Тип дыхания (грудной, брюшной, смешанный). Симметричность дыхательных движений (отставание в дыхании одной половины). Участие в дыхании вспомогательной мускулатуры. Число дыханий в минуту. Глубина дыхания (поверхностное, глубокое, в т.ч. дыхание Куссмауля). Ритм дыхания (ритмичное, аритмичное, в т.ч. дыхание Чейн-Стокса и Биота). Соотношение вдоха и выдоха. Инспираторная, экспираторная и смешанная одышка.

При подсчете числа дыханий не следует на этом сосредоточивать внимание больного. Надо сделать вид, что считается пульс - к этому исследованию больные привыкли.

ПАЛЬПАЦИЯ

Определение болезненных участков, и их локализация. Определение резистентности (эластичности грудной клетки). Определение голосового дрожания на симметричных участках (одинаковое, усилено или ослаблено с одной стороны).

ПЕРКУССИЯ ЛЕГКИХ

Сравнительная перкуссия: характер перкуторного звука на симметричных участках грудной клетки (звук ясный легочный, притупленный, коробочный, тимпанический, притупленно-тимпанический) с точным определением границ каждого звука по ребрам и топографическим линиям (в см.).

Топографическая	перкуссия	
	Справа	Слева
Верхняя граница легких		
высота стояния верхушек	-	-
высота стояния верхушек	-	-
ширина полей Кренига	-	-
Нижняя граница легких		
по окологрудинной линии	-	Нет
по срединноключичной линии	-	Нет
по передней подмышечной	-	-
по средней подмышечной	-	-
по задней подмышечной	-	-
по лопаточной линии	-	-
по околопозвоночной линии	-	-
Дыхательная экскурсия нижнего края легких		
по срединноключичной линии	-	-
по средней подмышечной	-	-
по лопаточной линии	-	-

АУСКУЛЬТАЦИЯ

Основные дыхательные шумы: характер основных дыхательных шумов на симметричных участках грудной клетки (везикулярное, ослабленное, усиленное, жесткое, бронхиальное, амфорическое, отсутствие дыхательного шума).

Побочные дыхательные шумы: хрипы (сухие или влажные), крепитация, шум трения плевры плевроперикардиальный шум, их локализация и характеристика.

Бронхофония: определение бронхофонии над симметричными участками грудной клетки (одинаковая с обеих сторон, усилена или ослаблена с одной стороны).

СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

ОСМОТР

Осмотр шеи: Состояние вен и артерий шеи, их патологические изменения.

Осмотр области сердца: выпячивание области сердца (Gibbus cordis). Видимые пульсации (верхушечный толчок, сердечный толчок, эпигастральная пульсация, атипичная пульсация в области сердца), их характеристика (локализация, распространенность, сила, отношение к фазам сердечной деятельности).

Положение больного с сосудистой патологией в постели бывает вынужденным: с поднятой или согнутой в коленном суставе ногой для уменьшения болей. Необходимо обращать внимание на наличие цианоза кожи и участков побледнения на пальцах. Наряду с этим, следует обращать внимание на шелушение кожи, недостаточное развитие волосяного покрова, ломкость ногтей, тещины и изъязвления на колже, т.е. признаки нарушения трофики тканей. Особо отмечают расширения вен и отдельных их узлов, гиперемиию кожи по ходу вен, а также внутрικοжное расширение мелких вен в виде "сеточек" и "звездочек".

ПАЛЬПАЦИЯ

Верхушечный толчок: его локализация (указать межреберье и отношение к левой срединноключичной линии), сила (ослабленный, усиленный, приподнимающий), площадь (ограниченный, разлитой).

Сердечный толчок: его локализация, площадь.

Эпигастральная пульсация: ее характер (связь с пульсацией брюшной аорты, сердца, печени), распространенность (ограниченная или разлитая).

Дрожание в области сердца (fremitus): его локализация, отношение к фазам сердечной деятельности (систолическое или диастолическое).

ПЕРКУССИЯ:

Границы относительной тупости сердца:	
Правая	
Левая	
Верхняя	
Поперечник относительной	см
Ширина сосудистого пучка	см
Конфигурация сердца	(нормальная, митральная, аортальная)
Абсолютная тупость сердца	
Правая	
Левая	
Верхняя	

АУСКУЛЬТАЦИЯ

Ритм сердечных сокращений (ритмичные или аритмичные с указанием формы аритмии - дыхательная аритмия, мерцательная аритмия, экстрасистолия, выпадение сердечных сокращений). Число сердечных сокращений.

Тоны: Первый тон, его громкость (ослабленный, усиленный, хлопающий), расщепление или раздвоение первого тона.

Второй тон, его громкость (ослабленный, усиленный - акцентированный), расщепление или раздвоение второго тона.

Дополнительные тоны: пресистолический и протодиастолический ритм галопа, ритм перепела, систолический галоп.

Шумы: Отношение к фазам сердечной деятельности (систолический, диастолический, пресистолический, протодиастолический, мезодиастолический и т.д.).

Место наилучшего выслушивания шума. Проведение шума.

Характер шума (мягкий, дующий, скребущий, грубый и т.д.), его тембр (высокий, низкий), громкость (тихий, громкий), продолжительность (короткий, длинный, нарастающий, убывающий и др.).

Изменение шума в зависимости от положения тела, задержки дыхания на вдохе и выдохе и после физической нагрузки.

Шум трения перикарда: Место наилучшего выслушивания, характер шума (грубый и громкий, тихий, нежный).

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСУДОВ

Определение пальпаторной болезненности и зон гиперестезии. При пальпации следует выяснить болезненность мышечных тканей, сухость кожи и ее температуру. Пульсацию артерий на нижних конечностях определяется в местах проекций крупных сосудов.

- Бедренная артерия- на границе внутренней и средней трети паховой связки (при ее условном делении на 3 части).
- Подколенная артерия- по средней линии в подколенной ямке.
- Задняя большеберцовая артерия- кзади и ниже внутренней лодыжки.
- Тыльная артерия стопы- по проекции линии, соединяющей середину расстояния между лодыжками и первому межпальцевому промежутку.

При пальпации по ходу вен отмечают участки уплотнения в виде шнура и болезненность по ходу вен.

Исследование артерий: Осмотр и пальпация височных, сонных, лучевых, подколенных артерий и артерий тыла стопы; выраженность пульсации, эластичность, гладкость артериальной стенки, извитость артерий. Определение пульсации аорты в яремной ямке. Выслушивание сонных и бедренных артерий (двойной тон Траубе, двойной шум Виноградова-Дюрозье и др.).

Артериальный пульс: Пульс на лучевых артериях: сравнение пульса на обеих руках, частота, ритм (наличие аритмий и дефицита пульса), наполнение, напряжение, величина, скорость, форма пульса.

Артериальное давление (АД): на плечевых артериях в мм.рт.ст. (по методу Короткова определяется систолическое и диастолическое АД).

Исследование вен: Осмотр и пальпация шейных вен, их набухание, видимая пульсация, наличие отрицательного или положительного венозного пульса.

Выслушивание яремной вены ("шум волчка").

Наличие расширений вен грудной клетки, брюшной стенки, конечностей с указанием места и степени расширения.

Уплотнения и болезненность вен с указанием вены и протяженности уплотнения или болезненности.

В план исследования сердечно-сосудистой системы входит определение артериального и венозного давления и проверка некоторых функциональных проб. Проба Штанге заключается в том, что больного просят задержать дыхание после глубокого вдоха. В нормальных условиях человек задерживает дыхание на 40—60 секунд. Проба Саабразе— максимальная задержка дыхания после выдоха. Снижение показателей пробы Штанге до 20 секунд, а Саабразе—до 10—12 секунд указывает на недостаточность резервной функции сердечной и дыхательной систем.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ.

Отличное знание методики исследования органов пищеварения имеет особое значение, так как подавляющее большинство общих хирургов, как в плановой, так и в неотложной хирургии больше всего сталкиваются с патологией этих органов. К органам пищеварения относится не только живот и содержащиеся в нем органы, но также другие отделы желудочно-кишечного тракта, включая ротовую полость. Все органы пищеварения находятся в тесной анатомической и функциональной связи -

болезнь одного органа неизбежно влечет функциональные, а затем и морфологические изменения в других органах и, нередко, во всей системе пищеварения.

ОСМОТР

Полость рта: Язык (окраска, влажность, состояние сосочкового слоя, наличие налетов, трещин, язв). Состояние зубов. Десны, мягкое и твердое небо (окраска, налеты, геморрагии, изъязвления).

У каждого хирургического больного исследование надо начинать с ротовой полости. Осмотр проводят обязательно со шпателем и непременно в перчатках. Важно не только узнать, влажный или сухой язык, каким налетом он обложен (это имеет особое значение при патологии органов пищеварения), но и получить представление о состоянии слизистой ротовой полости, зева и зубов. Наличие язвы на губе или слизистой вызовет необходимость дополнительных исследований и консультаций других специалистов, гнойные пробки в миндалинах и кариозные зубы являются противопоказанием к плановой операции и потребуют лечения. При обнаружении патологических изменений в ротовой полости (язвы, припухлости, кисты и т. д.) следует прибегнуть к пальпации, которую лучше выполнять в перчатках.

Пищевод: почти недоступен объективному исследованию. В норме лишь аускультация может дать сведения о состоянии и функции пищевода. Стетоскоп или фонендоскоп помещают спереди в угол, образованный мечевидным отростком и левой реберной дугой или сзади на уровне VII грудного позвонка слева от позвоночника. При проглатывании жидкости возникает два шума: первый при начале глотания, а через 7—10 секунд-второй. Н.Д.Стражеско характеризовал первый глотательный шум (начало глотания) как «шум брызжущей струи», а второй слабый (при прохождении жидкости в нижнем отделе пищевода) сравнивал с лопаньем крупных пузырьков. При подозрении на нарушение проходимости пищевода эти приемы исследования могут быть применены. У других больных достаточно выяснить, свободно ли проходит по пищеводу пища.

Живот. Исследование живота проводят строго по схеме: 1) осмотр, 2) активные движения, 3) перкуссия, 4) пальпация поверхностная, 5) пальпация глубокая, 6) аускультация, 7) проверяют специальные симптомы и измерение живота (при наличии патологии), 8) исследование пальцем через прямую кишку. При осмотре обращают внимание на форму живота, его симметричность, участие в акте дыхания, видимую перистальтику желудка и кишечника, венозные коллатерали.

Для максимально точного определения локализации обнаруживаемых изменений переднюю брюшную стенку делят на области, для чего мысленно проводят две горизонтальные линии (одна по самым нижним отделам X ребер, а вторая — между верхними передними осями гребешков подвздошных костей). Первая область выше первой горизонтальной линии — надчревная (epigastrium), вторая - между горизонтальными линиями - чревная (mesogastrium), третья - ниже второй горизонтальной линии - подчревная (hypogastrium). Кроме того, две вертикальные линии проходящие по наружным краям прямых мышц живота образуют 9 областей:

- 1) Regio epigastrica - подложечная область;
- 2) Regio hypogastrica dextra - правая подреберная область;
- 3) Regio hypogastrica sinistra - левая подреберная область;
- 4) Regio umbilicalis - пупочная область;
- 5) Regio abdominalis lateralis dextra - правая боковая область;
- 6) Regio abdominalis lateralis sinistra - левая боковая область;
- 7) Regio ilioinguinalis dextra - правая подвздошно-паховая область;
- 8) Regio ilioinguinalis sinistra - левая подвздошно-паховая область;
- 9) Regio suprapubica — надлобковая область.

После завершения осмотра проверяют активные движения: просят больного покашлять, натужиться и поднять голову и плечевой пояс без помощи рук. Надо

получить ответы на следующие вопросы: возникает ли болезненность, не появляются ли выпячивания на брюшной стенке, изменяется ли конфигурация и выраженность выпячиваний брюшной стенки, выявленных при осмотре.

Проверка активных движений позволяет выявить болезненность в животе, возникающую при нагрузке, вправимые грыжи (невидимые в спокойном состоянии), провести предварительную дифференциальную диагностику локализации опухоли (при напряжении мышц живота опухоли, исходящие из органов брюшной полости, исчезают или становятся менее заметными).

Измерение живота тоже имеет смысл при наличии патологического процесса в брюшной полости. Следует измерять окружность живота на уровне пупка (целесообразно отметить другие точки, через которые проходит сантиметровая лента). При вздутом животе, кроме того, измеряют расстояние между *spinae ilei anterior superioris* и расстояние между мечевидным отростком и лобком.

ПЕРКУССИЯ

Характер перкуторного звука. Наличие свободной или осумкованной жидкости в брюшной полости.

Выполняя перкуссию живота, врач должен ответить, в основном, на четыре вопроса: имеется ли перкуторная болезненность (локализация и выраженность), изменение перкуторного звука (притупление, высокий тимпанит), определить границы печени и селезенки. Перкуссию, вначале тишайшую (может быть резкая болезненность), выполняют по белой линии живота, затем над прямыми мышцами, снаружи от них и, наконец, перкутируют отлогие места. При подозрении на наличие жидкости в брюшной полости поворачивают больного на бок и сравнивают зоны притупления при положении больного на боку и на спине.

ПАЛЬПАЦИЯ

Поверхностная ориентировочная пальпация: болезненные области, напряжение мышц брюшной стенки (мышечная защита — *defence musculaire*), расхождение прямых мышц живота и наличие грыжи белой линии, пупочной грыжи, перитонеальные симптомы (симптом Шеткина-Блумберга и др.), симптом Менделя. Наличие поверхностно расположенных опухолевидных образований. Поверхностной (ориентировочной) пальпацией определяют наличие напряжения мышц, болезненность и получают общее (предварительное) представление о выпячивании (опухоли, грыже, инфильтрате). Одновременно проверяют состояние белой линии живота, пупочного кольца и поверхностных колец паховых и бедренных каналов.

Ориентировочную пальпацию следует проводить обеими руками, вначале всей ладонью, а затем пальцами, сразу с двух сторон, чтобы получить сравнительные данные о локализации напряжения мышц, его выраженности (едва заметное, слабое, резкое), а также о локализации и интенсивности болезненности. Полученные после поверхностной пальпации сведения дополняют данные предыдущих методов исследования и ориентируют на более рациональное выполнение глубокой пальпации.

Методическая глубокая скользящая пальпация по Образцову-Стражеско сигмовидной, слепой, восходящей, нисходящей, ободочной кишки, большой кривизны желудка, привратника (с предварительным определением нижней границы желудка методом перкуссии, перкуторной пальпации - определение шума плеска, а также методом аускультативной перкуссии). Определяется локализация, болезненность, размеры, форма, консистенция, характер поверхности, подвижность и урчание различных участков кишечника и желудка. При наличии опухолевых образований описываются их размеры, консистенция, болезненность, смещаемость, локализация и возможная связь с тем или иным органом брюшной полости.

Глубокую пальпацию можно делать только после выполнения поверхностной; пальпацию надо проводить осторожно, постепенно проникая в глубину брюшной полости (ни в коем случае нельзя сразу, рывком, резко углубляться в живот—это вызывает

болевые ощущения даже у здорового человека, а больному может навредить); при 'пальпации печени и селезенки надо пользоваться бимануальным методом исследования, а при исследовании одной рукой фиксировать другой соответствующую реберную дугу в положении выдоха (ограничить смещаемость органа и этим сделать его более доступным пальпации).

АУСКУЛЬТАЦИЯ

Характеристика выслушиваемых кишечных шумов. Шум трения брюшины. Сосудистые шумы (в области проекции брюшной аорты, почечных артерий).

Надо приучить себя к выслушиванию живота у здорового человека и у больного без патологии органов живота, приобрести навык изменения звуковых сигналов при различных патологических процессах. Тогда аускультация живота станет неотъемлемой частью исследования хирургического больного. Хорошо известны изменения звуков в животе при непроходимости кишечника, при перитонитах, после травм и т. д.

ПЕЧЕНЬ И ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ.

Наличие ограниченного выпячивания в области правого подреберья, ограничения этой области в дыхании.

ПЕРКУССИЯ

Поколачивание по правой реберной дуге: Наличие симптома Ортнера-Грекова.

Границы печени по Курлову (указать, по какому ребру):	
Верхняя граница абсолютной тупости печени:	
по правой срединно-ключичной линии	
Нижняя граница абсолютной тупости печени:	
по правой срединно-ключичной линии	
по передней срединной линии	
по левой реберной дуге	

Размеры печени по Курлову (при перкуторном определении границ печени по методу Образцова-Стражеско) размеры печени измеряются:

- по правой передней подмышечной;
- по срединно-ключичной;
- по окологрудной и передней срединной линиям;
- по правой срединно-ключичной линии (в см);
- по передней срединной линии (в см);
- по левой реберной дуге (в см).

Желчный пузырь: Характеристика желчного пузыря, его прощупываемость, болезненности, размеров. Наличие симптома Керра, Мерфи и френитус-симптома.

ПАЛЬПАЦИЯ

Печень: уточнение нижних границ печени по срединно-ключичной и передней срединной линии. Характеристика края печени (острый или закругленный, мягкий или плотный, болезненный или безболезненный). Характеристика поверхности печени (при ее увеличении): поверхность гладкая, зернистая, бугристая.

АУСКУЛЬТАЦИЯ

Наличие шума трения брюшины в области правого подреберья.

СЕЛЕЗЕНКА

ОСМОТР

Наличие ограниченного выпячивания в области левого подреберья, ограничение этой области в дыхании.

ПЕРКУССИЯ

Определение продольного и поперечного размера селезенки в см.

ПАЛЬПАЦИЯ

Прощупываемость селезенки в положении лежа на боку и на спине. Характеристика нижнего края селезенки (острый или закругленный, болезненный или безболезненный). Характеристика поверхности селезенки (при ее значительном увеличении): поверхность гладкая или бугристая, болезненная или безболезненная.

АУСКУЛЬТАЦИЯ

Наличие шума трения брюшины в области левого подреберья.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

ПАЛЬПАЦИЯ

При исследовании поджелудочной железы необходимо последовательно пальпировать области локализации головки и хвоста поджелудочной железы. Головка поджелудочной железы проецируется на переднюю брюшную стенку в зоне Шаффара, которая имеет форму треугольника, расположенного в правой верхней квадранте надпупочной области. При пальпации правая ладонь помещается на живот справа от средней линии так, чтобы пальцы были направлены в сторону реберной дуги и накрываем зону Шаффара. При этом кончики сомкнутых и слегка согнутых пальцев должны находиться на 2-3 см. выше ранее выявленной нижней границы желудка, затем сдвигая кожную складку перед пальцами, проводят на выдохе пальпацию головки поджелудочной железы в направлении сверху вниз по методу Образцова. При этом возникает ощущение перекатывания кончиков пальцев через поперечно лежащий мягкий, гладкий, безболезненный валик диаметром 1,5-2 см. Для пальпации хвоста поджелудочной железы правую ладонь кладут продольно у наружного края левой прямой мышцы живота так, чтобы кончики пальцев находились на уровне левой реберной дуги. В дальнейшем методика пальпации такая же, как и при исследовании головки железы. Исследование существенно облегчает бимануальный метод пальпации, когда левая ладонь, заведенная с правой стороны под спину больного, накладывается в поперечном направлении под левую поясничную область непосредственно ниже ребер. Во время пальпации на вдохе левой рукой необходимо подавать заднюю брюшную стенку в направлении ощупывающей правой руки. Пальпация поджелудочной железы наиболее эффективна при ее значительном увеличении и уплотнении, а также при выраженном висцероптозе и дряблой передней брюшной стенке.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ (Per rectum).

Объективное исследование органов пищеварения должно завершаться непременно пальцевым исследованием прямой кишки у каждого хирургического больного. Это исследование должно проводиться независимо от возраста, пола и отсутствия жалоб на боли в прямой кишке и заднем проходе. Достаточно сказать, что выполнение этого правила выявит большое число ранних форм рака и другие бессимптомно протекающие заболевания прямой кишки и прилежащих к ней органов. Исследование прямой кишки позволяет изучить не только состояние заднего прохода, прямой кишки (на значительном протяжении), но и получить представление о состоянии внутренних половых органов у женщин (при невозможности выполнить вагинальное исследование), предстательной железы и семенных пузырьков у мужчин, дна мочевого пузыря, дистальных отделов мочеточников, костей таза и околопрямокишечной клетчатки, а также выявить воспалительную реакцию брюшины.

Исследование проводят в положении больного на четвереньках, в положении на спине с согнутыми и раздвинутыми ногами, в положении стоя, в положении на боку и в положении на корточках. Перед введением пальца в прямую кишку надо раздвинуть ягодицы, осмотреть область заднего прохода и вход в прямую кишку. Затем смазанный

вазелином указательный палец руки, одетой в перчатку, осторожно вводят в заднепроходной канал. При введении пальца ощупывают слизистую заднего прохода, сфинктер, а затем, по мере продвижения пальца, исследуют все стенки прямой кишки, поворачивая палец по часовой стрелке. При этом обращают внимание на состояние прилежащих органов и тканей. При обнаружении патологического субстрата (инфильтрат, опухоль мочевого пузыря и пр.). Исследование следует проводить двумя руками. Левую руку помещают в надлобковой или подвздошно-паховой областях. Специальные и дополнительные методы исследования органов пищеварения, как и других органов и систем, проводятся при наличии патологии и должны вдумчиво обосновываться.

СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ.

ОСМОТР

Поясничная область: наличие гиперемии кожи, припухлости, сглаживания контуров поясничной области.

Надлобковая область: наличие ограниченного выбухания в надлобковой области.

ПЕРКУССИЯ

Поясничная область: определение симптома Пастернацкого.

Надлобковая область: характер перкуторного звука над лобком; при увеличении мочевого пузыря - уровень расположения дна мочевого пузыря.

ПАЛЬПАЦИЯ

Почки: пальпируемость почек в положении лежа и стоя, при увеличении почек - их болезненность, консистенция, величина, форма, подвижность, наличие симптома ballotирования. Мочевой пузырь: пальпируемость мочевого пузыря, при его увеличении - уровень расположения дна мочевого пузыря, болезненность при пальпации. Болевые точки: наличие болезненности при пальпации в реберно-позвоночной точке и по ходу мочеточников (мочеточниковые точки).

СИСТЕМА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.

ОСМОТР И ПАЛЬПАЦИЯ

Вторичные половые признаки: тип оволосения (мужской, женский), волосяной покров в подмышечных впадинах, на лице, на животе, в лобковой области. Гинекомастия. Голос (высокий, низкий). Признаки гирсутизма, евнухоидизма, вирилизма, феминизма.

Молочные железы (у женщин) грудные железы (у мужчин): степень развития, состояние кожных покровов, пигментация, локальный отек в виде "лимонной корки" втяжения. Симметричность желез. Форма сосков, наличие эрозий и язв, деформация желез. Уплотнения, тяжесть и опухолевые образования при пальпации желез.

Наружные половые органы (у мужчин): Размер мошонки, яичек, отек мошонки, болезненность при пальпации яичек, наличие опухолевых образований. Недоразвитие яичек (анорхизм, крипторхизм). Эрозии и язвы полового члена. Аномалии и уродства полового члена.

Предстательная железа (у мужчин): Размер, консистенция, пальпаторная болезненность предстательной железы при ректальном исследовании.

Гинекологическое исследование (у женщин): Состояние наружных половых органов, влагалища, матки, придатки при осмотре в зеркалах и бимануальной пальпации.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА.

ОСМОТР И ПАЛЬПАЦИЯ

Нарушения роста, телосложения и пропорциональности отдельных частей тела.

Ожирение: степень выраженности, преимущественная локализация жира. Исхудание, кахексия.

Состояние кожных покровов: влажность, истончение или огрубение,

гиперпигментация кожи, кожных складок (локализация), наличие стрий, атипичное оволосение, лунообразное лицо. Увеличение размеров языка, носа, челюстей, ушных раковин, кистей рук, стоп.

Пальпация щитовидной железы: размеры, форма и локализация узлов и консистенция, чувствительность, смещаемость. В исследовании щитовидной железы важное значение имеет её осмотр и пальпация, а также изучение глазных симптомов.

Увеличение щитовидной железы (зоб, опухоли, воспалительные процессы) проявляются припухлостью на передней поверхности шеи и располагается ниже щитовидного хряща.

При осмотре необходимо фиксировать внимание на акте глотания, когда видимая припухлость, если она связана с щитовидной железой, вместе с гортанью движется кверху, а затем книзу. Кроме того, отмечают цвет кожи над железой, её температуру, наличие венозной сети и спаянность кожи с глубже расположенным образованием.

Пальпировать щитовидную железу следует встав справа и чуть спереди от больного и несколько наклонив вперед голову пациента. Пальпация щитовидной железы проводится правой рукой, а левая рука фиксирует шею больного. Верхние и нижние доли щитовидной железы пальпируются как в состоянии покоя, так и в момент глотания.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ.

ОСМОТР

Состояние психики: сознание, ориентировка в месте, времени и ситуации.

Интеллект: соответствует или не соответствует уровню развития. Ослабление интеллектуальных функций (ослабление внимания, снижение памяти, нарушение критики, сужение круга интересов).

Поведение больного в клинике, степень общительности, уравновешенность, суетливость, двигательное беспокойство.

При наличии у больного признаков комы, для определения ее тяжести целесообразно использовать **шкалу Глазго**

Шкала Глазго для определения тяжести комы

Показатель	Число баллов	Максимальное значение
Открывает глаза:		
спонтанно	4	4
на оклик	3	
при болевом раздражении	2	
нет реакции	1	
Речь:		
отчетливая	5	5
спутанная	4	
бессвязные слова	3	
неразборчивые звуки	2	
отсутствует	1	
Движения:		
выполняет команды	6	6
может указать больное место	5	
отдергивает конечности при болевом раздражении	4	
сгибание в ответ на боль	3	
разгибание в ответ на боль	2	
отсутствует	1	

Наилучший показатель 15; Оглушение 13-14; Сопор 9-12; Кома 4-8; Смерть мозга - 3.

Исследование черепно-мозговых нервов: острота зрения, двоение в глазах диплопия), птоз, объем движений глазных яблок, реакция зрачков на свет. Симметричность носогубных складок при оскале зубов. Расстройства глотания. Дисфония. Положение языка при высовывании.

Менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского.

Двигательная сфера: характер походки с открытыми и закрытыми глазами (обычная, атактическая, паретическая, другие формы). Устойчивость при стоянии с открытыми и закрытыми глазами (проба Ромберга). Пальценосовая и коленно-пяточная пробы.

Судороги: клонические и тонические, фибриллярные подергивания, дрожание (тремор) и другие непроизвольные движения. Контрактуры мышц (локализация). Объем движений и сила в конечностях.

Чувствительная сфера: пальпаторная болезненность по ходу нервных стволов и корешков. Нарушения кожной и глубокой чувствительности (локализация). Симптомы натяжения, симптом Лассега.

Рефлексы: роговичный, глоточный. Сухожильные рефлексы: коленный, ахиллов. Патологические рефлексы: симптомы Бабинского и Россолимо.

Речь: афазия (моторная или сенсорная), дизартрия.

Вегетативная нервная система:

Глазные симптомы: ширина глазной щели, ширина зрачка, экзофтальм, анофтальм. Симптом Горнера.

Кожа: вид дермографизма, температурные асимметрии, гипертрихоз, облысение, трофические язвы, нарушение потоотделения.

VI. МЕСТНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ (Status localis).

После завершения общего объективного исследования больного приступают к исследованию «местного проявления болезни» - Status localis. Объектом изучения локального статуса становится орган или даже система органов, в которой обнаруживаются местные изменения. Наличие в истории болезни Status localis — отличительная черта хирургической истории болезни. Оценка Status localis крайне важна, так как именно хирурги встречаются в своей работе с ранами, язвами, опухолями и другими патологическими состояниями с яркими локальными проявлениями.

При объективном исследовании надо решить следующую задачу: выполнить последовательность исследования, не обнажая несколько раз больного. Конечно, лучше было бы сразу полностью обнажить больного. Но при этом возникает два неудобства: 1) полное обнажение плохо переносится больными, 2) при строгом соблюдении схемы, после исследования живота пришлось бы, например, посмотреть больную per rectum, затем снять перчатку, выполнить исследование мочеполовых органов. Для осмотра половых органов и исследования per rectum или per vaginum приглашают больных в отдельное помещение (смотровую).

При осмотре зоны патологических изменений нужно оценить характер болезненного процесса (припухлость, рана, выпячивание, новообразование, деформация, язва), его локализацию, размеры, цвет кожных покровов в данной области и выраженность сосудистого рисунка. При нарушении целостности кожи (рана, язва) – характер краёв, форму и глубину дефекта, вид и количество отделяемого. Следует внимательно изучить антропометрические показатели (длина и окружность конечности), объём активных движений. Необходимо подчеркнуть важность осмотра симметричных участков тела (обеих конечностей) для сравнения поражённой и интактной областей.

При пальпации необходимо определить болезненность, местную

температуру, характер границы болезненного процесса со здоровыми тканями, исследовать пульсацию магистральных артерий и регионарные лимфатические узлы. Важно выяснить объём пассивных движений. При изучении опухолевидного образования дополнительно необходимо оценить его консистенцию (мягко-эластическая, плотно-эластическая, каменистой плотности), подвижность по отношению к коже и подлежащим тканям, характер поверхности (гладкая, бугристая).

При перкуссии определяют характер перкуторного звука над образованием, патологическим очагом (притупление, тимпанит), выявляют специальные симптомы.

Аускультацию проводят для обнаружения сосудистых шумов в области образования и некоторых специальных симптомов (определение перистальтики кишечника, проведения сердечных тонов, ослабления дыхательных шумов, «шума плеска» и др.).

После завершения объективного исследования делают обоснование предварительного диагноза.

VII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Постановка предварительного диагноза производят с использованием всех необходимых данных из жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни и объективного исследования. Одновременно следует характеризовать состояние жизненно важных органов, отразив те изменения, которые есть у больного, подлежащего оперативному или консервативному лечению. Эти данные позволяют сразу же начать некоторые элементы предоперационной подготовки (борьба с интоксикацией, лечение сердечно-сосудистой недостаточности и т. п.).

В формулировке предварительного диагноза должны быть выделены следующие пункты:

а) Диагноз основного заболевания, включая указание степени (стадии), тяжести, формы заболевания, характера течения (острое, подострое, хроническое, рецидивирующее, затяжное и др.), фазы активности патологического процесса, степени (стадии) функциональных расстройств;

б) Диагноз осложнения основного заболевания ;

в) Диагноз сопутствующего заболевания.

Обоснование диагноза завершают составлением плана, характера и объема дополнительных методов исследования.

VIII ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ.

План обследования больного разрабатывается, исходя из предварительного диагноза с целью установления окончательного клинического диагноза и проведения дифференциального диагноза. Указывается перечень необходимых лабораторных и инструментальных исследований, а также консультаций специалистов. План обследования должен быть намечен и записан в истории болезни в день первичного обследования больного. Объем дополнительного исследования определяется особенностью заболевания и результатами клинического обследования. Среди дополнительных исследований необходимо выделять обязательные для каждого больного, независимо от болезни (общий анализ крови, общий анализ мочи, рентгеноскопия грудной клетки, реакция Вассермана и др.) и мотивированные (диктуемые) особенностью патологического процесса. В предоперационном периоде необходимо выполнение следующих обязательных лабораторных и инструментальных исследований:

- Общеклинический анализ крови;
- Общеклинический анализ мочи;
- Биохимический анализ крови (обязательно билирубин, мочевины, креатинин);
- Определение группы крови и резус-фактора;

- Исследование крови на ВИЧ, сифилис, гепатит;
- Исследование состояния свертывающей и антисвертывающей систем;
- Сахар крови;
- Рентгенография органов грудной клетки;
- ЭКГ.

К дополнительным методам исследования относятся различные лабораторные, эндоскопические, ультразвуковые, рентгенологические, инструментальные, морфологические (биопсия), изотопные и другие. Эти методы имеют свои особенности при различных хирургических заболеваниях. Результаты дополнительных исследований дают врачу более полное представление о состоянии больного и могут сыграть важную роль в проведении дифференциальной диагностики. Дополнительные лабораторные исследования позволяют уточнить диагноз, выяснить состояние органов и систем больного.

Иммунологические исследования: исследование клеточных факторов иммунитета - количества лимфоцитов, Т- и В-лимфоцитов, уровень иммуноглобулинов (А, М, G), уровень лизоцима, комплемента и других факторов.

Микробиологические исследования - выделение микроорганизмов из экссудата, гноя, крови, мочи, мокроты; определение вида микроорганизма, его патогенных свойств и чувствительности к антибактериальным препаратам. Цитологические и гистологические исследования особенно важны для уточнения диагноза онкологических заболеваний. Материалом для исследования служат пунктаты, кусочки тканей, взятых при операции, эндоскопическом исследовании; мазки с поверхности опухоли, осадок жидкости, полученной из плевральной, брюшной полостей.

Функциональные исследования используют для оценки физиологического состояния органов. С этой целью производят электрокардиографию, осциллографию, спирометрию, электроэнцефалографию.

Рентгенологические методы занимают важное место в обследовании больного с хирургическими заболеваниями. Производят рентгеноскопию, рентгенографию, томографию, ангиографию, лимфографию, фистулографию.

Эндоскопические методы. Использование гибких фиброэндоскопов позволяет получить информацию для установки диагноза как за счет возможного осмотра внутренней поверхности органов - желудка (гастроскопия), кишечника (колоноскопия), плевральной (торакоскопия) и брюшной (лапароскопия) полостей, бронхов (бронхоскопия), средостения (медиастиноскопия), мочевого пузыря (цистоскопия), так и за счет получения материала для цитологического или гистологического исследования путем аспирационной биопсии, взятия мазков или кусочка тканей со слизистой оболочки, из язвы или опухоли.

Ультразвуковые методы исследования - ультразвуковое сканирование, эхолокация, доплерография - позволяют обнаружить камни в желчном пузыре и почках, опухоли, кисты, абсцессы внутренних органов и мозга, внутричерепные гематомы, определить состояние выводных протоков, внутренних органов, наличие воспалительных инфильтратов.

Радиоизотопные методы исследования основаны на принципе избирательного поглощения и распределения в органе тех или иных веществ с радиоактивной меткой. Используемые изотопы обладают коротким периодом полураспада и не оказывают вредного влияния на организм. Распределение в органе радиоактивного фармпрепарата фиксируется с помощью специального индикатора - аппарат дает изображение накопления препарата.

Компьютерная томография. Метод основан на выявлении и компьютерном построении изображения степени поглощения рентгеновских лучей в органах при наличии в них анатомических изменений (опухоли, кисты, очаги деструкции, абсцессы, камни, воспалительные инфильтраты). Метод позволяет четко определить локализацию

патологического процесса во всех внутренних органах, мозге, костях, установить активность процесса и выбрать наиболее рациональный хирургический доступ при необходимости оперативного лечения.

Магнитно-резонансная томография (МР-томография). В основе ее лежит выявление резонансного магнитного излучения, возникшего в органе под действием направленного мощного электромагнитного излучения. Информация фиксируется и обрабатывается на компьютере. Метод позволяет определить форму, размеры, топографию органов, наличие образований (опухолей, кист, гнойников) с изображением поперечного или сагиттального среза тела.

IX ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ.

В данном разделе излагаются полученные результаты всех дополнительных и обязательных лабораторных и инструментальных методов исследования, а также заключения специалистов-консультантов. Последовательность и объем назначения дополнительных исследований должны находиться в прямой зависимости от характера заболевания, индивидуальных особенностей больного и определяться результатами общеклинического исследования.

Обобщенная информация, полученная при общеклиническом обследовании больного с использованием специальных лабораторных, функциональных, инструментальных исследований, позволяет поставить клинический диагноз и определить план лечения.

Но мере выполнения исследования врач вносит дополнения в сделанные раньше выводы о диагнозе, а после завершения исследования дает подробное обоснование диагноза и пишет показания к операции или консервативному лечению.

X. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.

Клинический диагноз должен быть поставлен и записан в истории болезни в течение первых трех дней пребывания больного в стационаре, после получения результатов лабораторных и инструментальных методов исследования и заключений специалистов-консультантов. Клинический диагноз должен быть сформулирован в соответствии с общепринятыми классификациями и включает:

1) Развернутый диагноз основного заболевания, в том числе:

- название заболевания,
- клиническая, клинико-морфологическая или патогенетическая его форма,
- характер течения,
- стадии, фазы, степени активности процесса,
- степени (стадии) функциональных расстройств или тяжести заболевания;

2) Диагноз осложнений основного заболевания;

3) Развернутый диагноз сопутствующих заболеваний.

Обоснование клинического диагноза, которое целесообразно описывать по следующему примерному плану:

а) провести ссылку на обоснование предварительного диагноза не повторяя его подробно;

б) отменить результаты лабораторного и инструментального обследования, заключения специалистов-консультантов, а также проанализировать динамику клинической картины заболевания на протяжении 1-3 дней наблюдения за больным в стационаре. Указать, подтверждают ли эти новые данные ранее выставленный предварительный диагноз;

в) указать, какие изменения, дополнения и уточнения были внесены в диагноз в соответствии с новыми клиническими, лабораторными и инструментальными данными;

- г) если возникает необходимость отказаться от ранее выставленного предварительного диагноза, следует тщательно аргументировать эти изменения;
- д) следует обосновать уточнения, дополнения или изменения, внесенные при постановке клинического диагноза, осложнений и сопутствующих заболеваний.

XI. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

В этом разделе приводится дифференциальный диагноз основных ведущих симптомов и синдромов, обнаруженных у данного больного. Задачей дифференциального диагноза является исключение синдромо-сходных заболеваний. С этой целью:

- 1) В клинической картине заболевания выделяются наиболее яркие и характерные патологические симптомы и синдромы;
- 2) перечисляется ряд сходных заболеваний, при которых наблюдаются подобные симптомы и синдромы;
- 3) доказывается, что у больного имеется ряд существенных патологических симптомов и синдромов, не характерных для этих сходных заболеваний;
- 4) доказывают, что у больного отсутствует ряд существенных симптомов и синдромов, характерных для дифференцируемых сходных заболеваний;

На основании такого сопоставления клинической картины, имеющейся у данного больного, с клиническими признаками указанных сходных заболеваний, делают заключение об истинном характере заболевания и правильности постановки клинического диагноза.

XII. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.

В этом разделе излагаются цели, задачи, основные принципы и современные методы и средства лечения данного заболевания и профилактики его осложнений (режимы, диета, медикаментозные и физические средства, санаторно-курортное лечение) с указанием эффективности той или иной терапии.

После этого на основе представлений об индивидуальных особенностях клинического течения заболевания, морфологического и функционального состояния органов, а также с учетом социального и психологического статуса больного, разрабатываются конкретные, наиболее оптимальные лечебные и профилактические мероприятия у данного больного.

Прежде всего, необходимо определить реальные цели лечения данного больного: полное выздоровление, ликвидация или уменьшение обострения заболевания, его осложнений, приостановление прогрессирования или регресс болезни, улучшение прогноза, трудоспособности.

Далее необходимо определить способы достижения поставленных целей, т.е. основные направления лечения. К ним относятся:

- а) Этиологическое лечение, предусматривающее устранение или коррекцию причинных, провоцирующих факторов, факторов риска, антимикробные средства и т.д.;
- б) Патогенетическое лечение, имеющее целью воздействие на основные механизмы болезни у данного больного (воспаление, аллергия, функциональные нарушения, дефицит определенных факторов, интоксикация и др.);
- в) Симптоматическое лечение, применяемое при неэффективности или невозможности первых двух.

По отношению к каждому направлению следует определить и обосновать выбор конкретных лечебных мероприятий, уточнить дозу, пути и частоту введения в отношении данного больного.

ХIII. ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ. (показания и противопоказания к операции).

Предоперационный эпикриз представляет собой один из важнейших разделов истории болезни хирургического больного. Он должен быть составлен таким образом, чтобы, создавая общее представление о пациенте, было понятно необходимость предпринимаемого хирургического вмешательства. Предоперационный эпикриз должен в обязательном порядке содержать следующие разделы:

- паспортная часть;
- анамнестические данные об основном заболевании;
- мотивированный диагноз и его доказательную базу;
- показания и противопоказания к операции;
- степень подготовленности больного к операции;
- план операции;
- вид и характер обезболивания;
- степень операционного и анестезиологического риска;
- группу крови и резус-фактор;
- указание на информированное согласие больного на операцию;
- состав хирургической бригады.

Предоперационный эпикриз у больных, которым предстоит плановое оперативное вмешательство, оформляется лечащим врачом и подписывается заведующим отделением, после чего эпикриз докладывается на врачебной конференции, решение которой о необходимости операции и сроках ее выполнения утверждается ее председателем.

Пример: Больной Иванов А.И. 30 лет поступил в клинику с жалобами на ноющие боли в правой подвздошной области, сухость во рту, тошноту.

Из анамнеза заболевания известно, что за 19 часов до поступления в клинику отметил ноющие боли по всему животу, которые через 3 часа «перешли» и локализовались в правой подвздошной области. Боли постоянные, без иррадиации, усиливающиеся при перемене положения тела и при кашле, уменьшились после приема таблетки баралгина. Наряду с болями отмечал тошноту, сухость во рту, однократную рвоту. Данные симптомы «заставили» больного обратиться на скорую помощь, которая доставила пациента в клинику с направительным диагнозом «Острый аппендицит». При поступлении боли в правой подвздошной области сохраняются. При осмотре живот не вздут, пальпаторно в правой подвздошной области определяется болезненное напряжение мышц брюшной стенки, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Ситковского, Ровзинга. По органам и системам, а также при ректальном исследовании патологических отклонений не выявлено.

Диагноз: Острый флегмонозный аппендицит. Данное заболевание является показанием для экстренной операции. Планируется выполнить аппендэктомию из разреза Волковича-Дьяконова. Операция будет выполнена под перидуральной анестезией. Противопоказаний для анестезии и операции нет. Больной информирован о предстоящей операции. Получено письменное согласие на анестезию и операцию. Группа крови А(II) Rh (+).

Подпись врача _____

Подпись заведующего отделением _____

Заявление об информированном согласии на операцию в условиях общей анестезии

«- ____» _____ 200__ г. _____ ч. ____ мин.
(заполняется собственноручно пациентом)

Я, пациент (законный представитель), _____
_____ (Ф. И. О.
заполняется собственноручно пациентом)

В соответствии со ст.30, 31, 32, и 33, Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22.07.93г, проинформирован о том, что мне необходимо выполнить _____ оперативное вмешательство _____

(Заполняется лечащим врачом)

в условиях общей анестезии.

1. Я поставлен в известность, что цель этой операции – получение наиболее благоприятного результата лечения из тех, которые возможны при моем состоянии. Мне разъяснили основные этапы анестезии. Я понял, в чем смысл операции и анестезии, и не имею по этому поводу вопросов к медперсоналу. Согласен на проведение анестезии в предложенном объеме. Я сообщил сведения о наличии у меня сопутствующих и перенесенных заболеваний.

2. Мне известно, что сам по себе факт выполнения операции не приводит к выздоровлению автоматически. Понимаю, что для достижения необходимого результата, кроме операции, потребуется длительное лечение. Я понимаю, что операция проводится на пораженных заболеванием органах моего организма, способность которых к заживлению понижена. Мне известно, что 100%-ной гарантии хороших результатов, как операции, так и лечения в целом быть не может.

3. Я осознаю, что любое оперативное вмешательство связано с риском для здоровья. Понимаю, что во время анестезии, операции или после них могут появиться непредвиденные неблагоприятные обстоятельства. При этом врачи могут быть поставлены перед необходимостью, значительно изменить доведенный до моего сведения план лечения. Может потребоваться дополнительная операция. Могут удлиниться сроки лечения.

4. До моего сведения доведено, что планируемая операция не связана с устранением непосредственной угрозы для моей жизни, поэтому потребность в ней не является абсолютной. С другой стороны, мне понятно, что длительное откладывание или отказ от операции приведут к _____

_____ что в итоге может неблагоприятно повлиять на мое здоровье и ухудшить качество жизни.

Поэтому, сознавая все вышеизложенное, я обращаюсь к персоналу отделения с просьбой о проведении оперативного вмешательства в условиях общей анестезии препаратами с минимальными побочными эффектами. Обязуюсь в послеоперационном периоде выполнять все рекомендации врачей.

5. Мне известно также, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка лечебного учреждения лечащий врач вправе отказаться от наблюдения и лечения пациента.

Дата подпись больного _____

Дата, подпись лечащего врача _____

**Заявление об информированном отказе
от операции и анестезии.**

«__» _____ 200__ г. _____ ч _____ мин
(заполняется собственноручно пациентом)

Я, пациент (законный
представитель), _____

_____ (Ф. И. О. заполняется собственноручно пациентом)

проинформирован о поставленном мне (доверителю) диагнозе заболевания

_____ (диагноз заполняется лечащим врачом)

и о том, что мне необходимо выполнить медицинское вмешательство

_____ (наименование операции заполняется лечащим врачом)

В соответствии со ст.33 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан
пациент (его законный представитель) _____

_____ (Ф.И.О. заполняется собственноручно пациентом)

отказывается от _____
(перечисляется, от каких вмешательств отказывается пациент)

Возможные последствия отказа от вмешательств мне разъяснены – длительное
откладывание или отказ от операции приведут к _____

_____ что в итоге может неблагоприятно повлиять на мое здоровье, ухудшить качество
моей жизни и быть причиной смерти.

«Ознакомлен»
Зам. главного врача по лечебной работе

«__» _____ 200__ г.

Подпись больного
(или его законного представителя)

«__» _____ 200__ г.

Подпись лечащего врача

«__» _____ 200__ г.

**Обоснования медицинского вмешательства
без согласия пациента.**

« _____ » _____ 200__ г. _____ ч _____ мин.

Консилиум в составе _____

_____ в соответствии со ст.31 и 34 Основ законодательства РФ об охране граждан № 5487-1 от 22.07.93г. принято решение о необходимости неотложного медицинского вмешательства _____

_____ без согласия больного в его интересах.

Основания (нужное подчеркнуть):

1. Состояние больного, не позволяющее ему выразить свою волю

2. Отсутствие законного представителя больного:

а) не достигшего 15 – летнего возраста;

б) являющегося в установленном законом порядке недееспособным.

Подписи

членов

консилиума

«Ознакомлен»

Зам. главного врача по лечебной работе

« _____ » _____ 200__ г.

«Ознакомлен»

Подпись

законного

представителя

« _____ » _____ 200__ г.

XIV ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ.

Пример:

Дата

Операция №

Начало

Название операции: аппендэктомия,ДБП.

Окончание

Под перидуральной анестезией через 21 час от начала заболевания и через 1 час 20мнн. после поступления косым попеременным разрезом по Волковичу-Дьяконову вскрыта брюшная полость. В брюшной полости незначительное количество прозрачного выпота, который взят на посев. В рану выведен купол слепой кишки с червеобразным отростком. Последний до 8 см длиной, утолщен, напряжён, с инъекцией сосудов и налётом фибрина.

Интраоперационный диагноз: Острый флегмонозный аппендицит.

Брыжейка отростка дробно лигирована капроном с прошиванием. Произведена аппендэктомия с погружением культи отростка в кيسетный и Z-образный капроновые швы после обработки её йодом. Выпот брюшной полости осушен. В правый латеральный канал установлен силиконовый дренаж: через отдельный прокол в передней брюшной стенке. Гемостаз-сухо. Послойное ушивание раны. Асептическая наклейка.

Оперировал: _____ Ассистировал _____

Операционная сестра ____ Анестезиолог _____

XV ДНЕВНИК ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.

Дата

Течение болезни

В сжатом виде излагаются жалобы, анамнез за время после предыдущего посещения и объективные данные с акцентом на местные признаки заболевания и другие ведущие признаки. У оперированных больных описание изменений со стороны послеоперационной раны, повязка, физиологические отправления состояние дренажей.

Отдельно отражается температура тела, динамика лабораторных показателей.

Назначения:

XVI ЭПИКРИЗ.

Этапный, выписной, посмертный. В сжатом виде указываются фамилия, возраст, номер истории болезни, когда поступил, с какими жалобами и основными объективными признаками болезни, какой установлен диагноз, какое проведено лечение и какие получены результаты. Если больной выписывается, то с какими рекомендациями. В выписном эпикризе указывается прогноз для жизни, для функций органов и систем, для восстановления общей и профессиональной трудоспособности. Рекомендации врачу амбулаторной сети.

XVII УКАЗАТЕЛЬ ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.

В алфавитном порядке указываются литературные источники использованные при работе с историей болезни. Следует придерживаться определенной последовательности: инициалы автора, название работы, где напечатана, год издания, том, номер, страницы).

ДОПОЛНЕНИЯ К ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.

1. Симптомы, наиболее часто встречающиеся при прохождении курса хирургии. Приложение №1
2. Номенклатура диетических СТОЛОВ. Приложение №2
3. Справочник основных лабораторных и функциональных показателей здоровья человека. Приложение №3

Приложение №1

СИМПТОМЫ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫЕ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ КУРСА ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

Симптом Бартолие - Михельсона - признак острого аппендицита: болезненность при пальпации слепой кишки, усиливающийся в положении больного на левом бою.

Симптом Баслера - признак аппендицита: при надавливании на брюшную стенку в точке, находящейся посередине между пупком и передней верхней остью подвздошной кости, и при направлении давления больше вправо больной испытывает резкую боль;

Симптом Бен - Ашера - признак острого аппендицита: во время глубокого дыхания и покашливания больной врач надавливает кончиками двух пальцев на левое подреберье; в случае аппендицита появляется боль в илеоцекальной области;

Симптом Бергера - признак облитерирующего артериосклероза или эндартерита: лежащий на спине больной держит поднятые вверх ноги до легкой усталости; подошва пораженной конечности принимает мертвенно-бледный цвет, а через 2-3 минуты после опускания вниз стопа пораженной конечности принимает цианотическую окраску;

Симптом Берштейна - возможный признак перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки: подтягивание яичек к наружным отверстиям паховых каналов и полового члена к передней брюшной стенке в результате рефлекторного сокращения мышцы, поднимающей яичко, и поверхностной фасции живота;

Симптом Блинова - возможный признак тромбоза брыжеечных сосудов - значительное повышение артериального давления;

Симптом Блюмберга - признак воспаления или раздражения: при медленном надавливании на живот больной почти не испытывает боли; острая боль появляется при быстром отнятии руки;

Симптом Бойса - возможный признак дивертикула пищевода: при надавливании на боковую поверхность шеи слышится урчание;

Симптом Валя - признак непроходимости кишечника: локальный метеоризм или выпячивание проксимального отдела кишечника;

Симптом Волковича – Кохера - признак острого аппендицита: боль первоначально возникающая в подложечной области (иногда непосредственно под мечевидным отростком), спустя несколько часов локализуется в правой подвздошной области;

Симптом Вольского - признак острого холецистита: болезненность при легком ударе ребром ладони в косом направлении снизу вверх по правому подреберью;

Симптом Воскресенского - признак острого аппендицита: при быстром проведении ладонью по передней брюшной стенке (поверх рубашки) от правого реберного края вниз больной испытывает боль;

Симптом Грекова - ранний признак перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки: замедление пульса сразу же после прободения;

Симптом Грюнвальда - возможный признак острого панкреатита: экхимозы вокруг пупка;

Симптом Дельбе - Пертеса - признак непроходимости глубоких вен нижней конечности: больному, находящемуся в вертикальном положении, накладывают эластический жгут в верхней трети бедра (натяжение жгута рассчитано лишь на сдавление подкожных вен). Больному предлагают пройти по комнате. Если после этого подкожные вены опорожняются и спадаются, считают, что глубокие вены проходимы;

если же они не спадаются, то проходимость глубоких вен нарушена;

Симптом Кера - возможный признак внутрибрюшного кровотечения: сильная боль в левом плече;

Симптом Кера (2) - признак холецистита - боль при вдохе во время пальпации правого подреберья;

Симптом Керте - признак острого панкреатита: наличие резистентности брюшной стенки в виде пояса, соответствующего топографическому положению поджелудочной железы;

Симптом Клойберга - рентгенологический признак кишечной непроходимости: при обзорной рентгеноскопии брюшной полости обнаруживаются горизонтальные уровни жидкости и газовые пузыри над ними;

Симптом Краснобаева - признак перитонита: напряжение прямых мышц живота;

Симптом Крымова - признак прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки: болезненность при пальпации пупка кончиком пальца;

Симптом Мак - Берни - признак аппендицита: болезненная при пальпации точка, находящаяся посередине между пупком и передней верхней остью подвздошной кости справа;

Симптом Марбурга - признак нарушения кровообращения в магистральных артериях ноги: синюшные пятна на бледной подошвенной поверхности стопы;

Симптом Матье - признак полной непроходимости кишечника: при быстрой перкуссии надпупочной области слышится шум плеска;

Симптом Мейо - Робсона - признак острого панкреатита: боль при пальпации в левом подреберье;

Симптом Мейра - признак глубокого тромбофлебита голени: болезненность при надавливании у медиального края большеберцовой кости в нижней трети голени;

Симптом Менделя - признак раздражения брюшины или значительного растяжения гладкой мускулатуры (газы, перемещение камней): при легком постукивании кончиками пальцев по стенке живота возникает боль;

Симптом Мерфи - признак патологии желчного пузыря: равномерно надавливая большим пальцем руки на область желчного пузыря, предлагают больному сделать глубокий вдох; при этом у него "захватывает" дыхание и отмечается значительная боль в этой области;

Симптом Михельсона - признак острого аппендицита у беременных: усиление болей в правой половине живота в положении больной на правом боку (вследствие давления на воспаленный очаг);

Симптом Мюсси - признак поражения желчного пузыря (часто острого холецистита): болезненность при пальпации между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы;

Симптом Образцова - признак хронического аппендицита: усиление болей во время пальпации в илеоцекальной области, при этом правая нога приподнята;

Симптом Обуховской больницы – признак заворота сигмовидной кишки: расширенная и пустая ампула прямой кишки при ректальном исследовании;

Симптом Ортнера - признак заболевания печени и желчного пузыря: поколачивание краем ладони по правой реберной дуге вызывает боль;

Симптом Отта - признак аппендицита: при положении на левом боку больной испытывает тянущую боль;

Симптом Раздольского - возможный признак острого аппендицита: при перкуссии брюшной стенки молоточком или пальцем выявляется болезненность в правой подвздошной области; грудной мышцы: больная отводит руку на пораженной стороне до прямого угла, активно напрягая мышцы; в таком положении опухоль неподвижна;

Симптом Ровзинга - признак аппендицита или тифлита: при пальпации левой подвздошной области и одновременном надавливании на нисходящий отдел ободочной

кишки давление через газы передается на илеоцекальную область, что сопровождается болью;

Симптом Розанова (симптом Ваньки-встаньки) - признак внутрибрюшного кровотечения при разрыве селезенки: больной лежит на левом боку с поджатыми к животу бедрами; при попытке повернуть больного на спину или другой бок он тотчас же переворачивается и занимает прежнее положение;

Симптом Ситковского - признак аппендицита: при положении больного на левом боку в илеоцекальной области появляется боль;

Симптом Спасокукоцкого - возможный признак кишечной непроходимости: аускультативно определяется звук падающей капли;

Симптом Спизарского - признак прободения при гастродуоденальных язвах: исчезновение печеночной тупости и появление высокого тимпанита над печенью;

Симптом Тренделенбурга - признак варикозного расширения вен и недостаточности венозных клапанов: находящемуся в горизонтальном положении больному предлагают держать ногу поднятой до спадения вен, после чего прижимают большую подкожную вену у ее впадения в бедренную вену и просят больного быстро принять положение стоя; при наличии этой патологии после отнятия пальцев вены сразу же наполняются;

Симптом Чейна-Стокса - патологическое дыхание при различных расстройствах ЦНС: чередование увеличения объема дыхательных движений, их уменьшения и задержки дыхания;

Симптом Шланге - признак паралича кишечника: при выслушивании живота отмечается полная тишина;

Симптом Элера - возможный признак облитерирующего эндартериита атеросклероза: бледные и холодные стопы ног.

Приложение №2

НОМЕНКЛАТУРА ДИЕТИЧЕСКИХ СТОЛОВ

(разработана в Клинике лечебного питания Института питания РАМН)

Диета №1а. Показана при обострениях язвенной болезни, обострениях хронического гастрита с повышенной кислотностью. Состав: молоко (4-5 стаканов), слизистые крупяные, например манные, молочные или из пшеничных отрубей супы с маслом; каши жидкие, протертые, молочные; яйца всмятку (2-3 раза в день) или в виде паровых омлетов; паровые суфле из тощих сортов рыбы, мяса; сливочное несоленое (70-80 г в день) или оливковое масло (добавлять к блюдам), сливки; кисели ягодные, фруктовые (некислые) и молочные, морковный, фруктовый соки, отвар шиповника, слабый чай с молоком (сахар до 50 г в день). Соль ограничить до 5-8 г (помните, что 3-5 / соли содержится в продуктах, 5-8 г - в хлебе), свободной жидкости не более 1,5 л. Дополнительно витамины А, С, группы В (В1, В2, РР). Прием пищи при постельном режиме через каждые 2-3 часа в жидком и полужидком виде, теплом виде. При плохой переносимости молока (пучение живота, понос) его рекомендуют давать малыми количествами, разбавляя слабым чаем.

Диета №1б. Показана при затихании обострения язвенной болезни и хронических гастритов с повышенной кислотностью. Состав: помимо блюд, перечисленных выше, разрешается паровые мясные, рыбные блюда в виде кнелей, паровых котлет, протертые молочные супы из рисовой, ячневой, перловой крупы с протертыми овощами; каши в протертом виде на молоке; пшеничные сухари до 100 г. Соль ограничивают до 8 г, дополнительно - витамины А, С, группы В. Питание шестикратное в полужидком и пюреобразном виде.

Диета №1. Показана при дальнейшем затихании обострения язвенной болезни, на протяжении 6-12 мес. после обострения, а также при гастритах с повышенной кислотностью. Состав: протертые молочные и овощные (кроме капусты), крупяные слизистые супы (но не мясные и не рыбные); овощи в вареном измельченном

(пюрированном) виде или в виде паровых пудингов; протертые каши с маслом, молоком; отварное тощее мясо, отварная рыба нежирных сортов (треска, окунь, щука), мясные, рыбные паровые котлеты, курица отварная без кожицы; сливочное, оливковое, подсолнечное масло; молоко, простокваша некислая, сливки, свежий нежирный, лучше протертый творог, некислая сметана; яйца всмятку или в виде паровых омлетов; белый черствый хлеб, белые несдобные сухари; сладкие сорта ягод и фруктов, овощные, фруктовые, ягодные соки, настой шиповника, кисели, компоты из сладких ягод, фруктов в протертом виде, сахар, варенье, чай, какао - слабые, с молоком. По мере улучшения общего состояния пищу дают в вареном, но не протертом виде. Поваренную соль ограничивают до 8 г. Добавляют витамины А, С, группы В. Пищу принимают часто 5-6 раз в сутки, хорошо ее пережевывая; следует избегать слишком горячей или слишком холодной пищи.

Диета №2. Показана при хронических гастритах с пониженной кислотностью или при ее отсутствии, хронических колитах (вне обострения). Состав: супы из круп и овощные, протертые, на мясных, грибных, рыбных бульонах; нежирное мясо (рубленое, жареное), курица вареная, паровые, тушеные, обжаренные котлеты без грубой корки, нежирная ветчина, рыба нежирная отварная, хорошо вымоченная нежирная сельдь рубленая, черная икра; молоко (если не вызывает поноса), масло сливочное, кефир, простокваша, сливки, сметана некислая, творог свежий некислый, сыр неострый протертый; яйца всмятку, омлет жаренный; каши, хорошо разваренные или протертые (гречневая, манная, рисовая); мучные блюда, (кроме сдобы), хлеб черствый белый, серый, несдобные сухари; овощи, фрукты вареные, сырые в натертом виде; фруктовые, овощные соки (также кислые); чай, кофе, какао на воде с молоком, мармелад, сахар. Поваренной соли до 12-15 г. Добавляют витамины С, В1, В2, РР. Питание пятикратное, преимущественно в пюреобразном виде.

Диета №3. Показана при атонических запорах. Состав: продукты, богатые растительной клетчаткой, как, например, сырые или вареные овощи и фрукты в большом количестве, компоты яблочный и другие, чернослив, инжир (винные ягоды), овощные, фруктовые соки, свекольное, морковное пюре, пюре из вареных сухофруктов (чернослив, курага), черный хлеб, простокваша, молоко, сливки, однодневный кефир, мед, каши гречневая, перловая рассыпчатая, мясо, рыба жареные, масло сливочное и растительное, сахар. Обильное питье, включая газированные минеральные воды. Исключаются: крепкий чай, какао, слизистые супы, кисели. При спастических запорах, связанных с повышенной двигательной возбудимостью кишечника, резко ограничивают продукты, богатые растительной клетчаткой (допустимо немного овощей - вареных и сырых протертых).

Диета №4. Показана при острых заболеваниях кишечника и обострениях в период продолжающегося поноса. Состав: крепкий чай, какао, крепкий кофе на воде, черствые белые сухари, свежий творог протертый, одной яйцо всмятку в день, слизистые супы на воде, протертые рисовая, манная каши на воде, мясо, рыба отварные, паровые в рубленном виде с добавлением в фарш риса вместо хлеба, нежирный трехдневный кефир, отвар сушеной черной смородины, черники, кисели, желе из черники. Ограничивают поваренную соль, добавляют витамины С, В1, В2, РР. Питание 5-6 раз в день.

Диета №4а. Показана при колитах с преобладанием процессов брожения. Состав тот же, что и в диете №4., но резко ограничивают продукты и блюда, содержащие в большом количестве углеводы (каши; хлеб не более 100 г в день; сахар не более 20 г в день); увеличивают содержание белков за счет мясных блюд, протертого творога и проч.

Диета №4б. Показана при хронических колитах в стадии затухающего обострения. Состав: хлеб белый, вчерашней выпечки, несдобное печенье, сухой бисквит; крупяные супы на слабом рыбном или мясном бульоне, бульон с

фрикадельками, протертые каши, кроме пшенной, на воде с добавлением 1/3 молока, овощи отварные и паровые протертые, сыр неострый, некислая сметана, кефир, простокваша, компоты, кисели из сладких ягод, фруктов в протертом виде, чай, кофе с молоком, масло сливочное (для добавления в готовые блюда). Поваренной соли 8-10 г. Добавляют витамины С, группы В. Питание 4-6 раз в день. Пища подается в теплом виде.

Диета №5. Показана при заболеваниях печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей вне стадии обострения. Состав: вегетарианские фруктовые, молочные супы, крупяные супы на овощном отваре, отварное мясо, птица нежирных сортов, отварная нежирная рыба, молоко, свежая простокваша, кефир, ацидофильное молоко, творог до 200 г в день, каши и мучные блюда (за исключением сдобы), хлеб белый, черный черствый, спелые фрукты, ягоды (кроме кислых сортов) в сыром, запеченном, вареном виде, овощи и зелень в вареном виде и сырые (особенно морковь, свекла), варенье, мед, сахар (до 70 г в день), овощные, фруктовые соки в значительном количестве, чай некрепкий с молоком. Ограничивают жиры (сливки, масло сливочное до 10 г, растительное масло 20-30 г), яйцо (одно в день). Поваренной соли до 10 г. Добавляют витамины А, С, В1, В2, В12, фолиевую кислоту, РР, К. Прием пищи 5 раз в день в измельченном виде. Исключаются: алкогольные напитки, печень, мозги, шпиг, бобовые, грибы, шпинат, щавель, лук, сдоба, жирные сорта мяса, рыбы, жареные, острые, копченые продукты, экстрактивные вещества мяса, рыбы, пряности, уксус, консервы, мороженое, какао, газированные напитки, шоколад, кремы (при хронических поражениях желчного пузыря, протекающих с застоем желчи, количество жиров рекомендуется увеличить до 120-150 г, в том числе 60% растительных жиров).

Диета №5а. Показана при хронических панкреатитах: отличается от диеты №5 повышенным содержанием белков (до 150 г, из них 80-85% животного происхождения), продуктов, богатых липотропными факторами с ограничением углеводов умеренным содержанием жиров. Все блюда готовят в паровом, протертом, измельченном виде.

Диета №6. Показана при подагре, почечнокаменной болезни с отхождением камней, состоящих преимущественно из уратов. Состав: молоко, молочные продукты, хлеб белый и черный, сахар, мед, супы вегетарианские овощные, молочные и фруктовые крупяные изделия, все сладкие фрукты, варенье, соки фруктовые и ягодные, морковь, салат, огурцы. Из приправ - лимон, уксус, лавровый лист. Яйца, мясо, рыба нежирная - 2-3 раза в неделю. Количество поваренной соли снижают до 6-8 г: вводят в большом количестве жидкость (до 2-3 литров), добавляют витамины С и В1. Исключаются: пряные экстрактивные вещества, мясные супы и отвары, печень, почки, мозги, жареное, копченое мясо, жареная рыба, рыбная уха, сало, селедка, сардины, анчоусы, шпроты, кильки, паштеты, грибы, бобовые, щавель, шпинат, кофе, какао, шоколад, алкогольные напитки.

Диета №7. Показана при хронических заболеваниях почек с отсутствием явлений хронической почечной недостаточности. Состав: супы вегетарианские, молочные, фруктовые, нежирные сорта мяса, птицы, варенные куском, рубленые и протертые, рыба нежирная отварная, рубленая и протертая, хлеб белый, серый, отрубной, выпекающийся без соли, одной яйцо в день, крупы, макаронные изделия в виде каш, пудингов, мучные блюда, молоко, молочнокислые продукты, жиры, кроме тугоплавких (бараний, свиной, говяжий), творог, овощи сырые, отварные, зелень (кроме редиса, сельдерея, шпината), ягоды, фрукты, особенно урюк, курага, тыква, арбузы, дыня, сахар, мед, варенье. Ограничивают сливки, сметану. Для улучшения вкуса можно использовать тмин, высушенный укроп, корицу, лимонную кислоту. Поваренной соли 3-5 г (выдают на руки, а пищу готовят без соли). Добавляют витамины А, С, В1, В12, К. Свободной жидкости до 800-1000 мл в день. Питание 6 раз в день. Исключаются: газированные

напитки, бобовые, пирожные и кремы, мясные, рыбные, грибные бульоны, соленья, закуски, копчености, консервы

Диета №7а. Показана при острых почечных заболеваниях (нефрит острый или его обострения). Состав: преимущественно овощи в вареном, протертом виде, фрукты, особенно богатые солями калия (курага, урюк, изюм), крупяные и мучные блюда в умеренном количестве (гречневая каша с молоком), чай с молоком, бессолевой белый хлеб, сахар до 70 г, масло сливочное до 30 г. Добавляют витамины С, К, группы В. Питание дробное. Жидкости до 600-800 мл; полностью исключается поваренная соль. При развивающейся уремии суточное количество белков уменьшают до 20-25 г (в первую очередь следует сократить содержание растительных белков - бобовые, крупы, изделия из муки, как хлеб и др., поскольку по биологической ценности они уступают животным белкам и лишь перегружают организм вредными продуктами белкового обмена: назначают в больших количествах глюкозу или сахар (до 150 г в день).

Диета №7б. Показана при затихании острого воспалительного процесса в почках, является переходной от стола №7а к столу №7 (хлеб белый бессолевой, тощие сорта мяса, рыбы в отварном виде 1-3 раза в неделю, поваренной соли до 2 г на руки, жидкости до 800-1000 мл; в продуктах, используемых для приготовления пищи содержится 2-4 г соли). •

Диета №8. Показана при ожирении. В рационе резко ограничивают углеводы, ограничивают также жиры при сохранении или повышении нормы белков.

Диета №9. Показана при сахарном диабете. Состав: мясо, рыба, птица, животное и растительное масло, яйца, сыр, творог, молочнокислые продукты, овощи и зелень, кислые сорта фруктов и ягод. Ограничивают углевода, повышают содержание белков. Добавляют витамины А, Е, группы В, С. Прием пищи через каждые 3 часа. При тяжелой форме диабета с развитием ацидоза диету строго индивидуализируют: резко ограничивают жиры, значительно увеличивают поступление углеводов.

Диета №10. Показана при заболеваниях сердечно-сосудистой системы с отсутствием явлений недостаточности кровообращения (гипертоническая болезнь, стенокардия, атеросклероз и др.). Состав: нежирные сорта мяса, рыба в отварном виде (или отварные, а затем обжаренные), докторская колбаса, тощая ветчина, сельдь вымоченная (1-2 раза в неделю), молоко, молочнокислые продукты, пахта, нежирный творог, нежирные сыры, овсяная, гречневая, пшенная каши рассыпчатые, супы овощные вегетарианские, крупяные, молочные, фруктовые (нежирный мясной суп 1-2 раза в неделю), хлеб белый, черный 200 г в день, овощи, фрукты в виде винегретов, салатов с растительным маслом (капуста свежая, квашеная белокочанная, огурцы свежие, помидоры, кабачки, тыква, в умеренных количествах картофель, фасоль, бобы, горох), продукты, богатые липотропными веществами, калием и магнием. Ограничивают поваренную соль до 3-7 г, а в период обострения временно исключают ее (больной получает только соль, содержащуюся в естественных продуктах). Ограничивает также легкоусвояемые углеводы (сахар, варенье, мед, конфеты), сливочное масло, сметану (не менее 1/3 количества жиров должны составлять растительные масла). Количество свободной жидкости ограничивают до 1000-1200 мл (некрепкий чай, кофе, отвар шиповника)

Добавляют витамины А, В1, В2, В6, С, РР. Прием пищи - 5-6 раз в сутки. Исключаются: крепкий чай, кофе, какао, алкогольные напитки, сдоба, острые, соленые закуски, консервы, пряности, мясные, рыбные бульоны, соленые, копченые продукты, почки, печень, мозги, жирные сорта мяса, рыбы, рыбий жир, тугоплавкие жиры, мороженое.

Диета №10а. Показана при заболеваниях сердечно-сосудистой системы с явлениями недостаточности кровообращения. Те же продукты и блюда, что в лечебном столе №10, с некоторыми ограничениями: ограничивают мясо, рыбу до 50 г в день и только в вареном виде, овощи в вареном и протертом виде, фрукты сырые и вареные

только в протертом виде, хлеб белый бессолевой. Резко ограничивают при выраженной недостаточности кровообращения поваренную соль - до 1-2 г на руки (пищу готовят без соли), свободную жидкость - до 0,6 л. Добавляют витамины А, В1, В2, С, РР. Питание дробное (на весь день хлеба 150 г, сахара 40 г, сливочного масла Юг).

Диета №106. Показана при атеросклерозе как диета с максимальным ограничением продуктов, содержащих холестерин, и обогащенная растительными маслами и продуктами, содержащими липотропные вещества. Рекомендуются: ржаной хлеб из муки грубого помола, овсяная, гречневая крупы, нежирные сорта мяса, рыбы (треска), яичный белок, нежирный творог (не менее 100-150 г в день), изделия из сои, свежие овощи, фрукты, ягоды, соки, настой плодов шиповника, нерафинированные растительные масла (подсолнечное, конопляное, кукурузное, хлопковое, соевое) 30 г в день. Полезны масло, сметана в умеренных количествах, поскольку молочные жиры, хотя и являются поставщиками холестерина, одновременно служат важным источником витамина А и лецитина. Жидкость ограничивают до 1 л, соль - до 3-5 г на руки (блюда готовят без соли). Добавляют витамины С, Р, группы В. Рекомендуются пивные дрожжи по 75 г в день. Питание 5-6 раз в день. Следует уменьшить на 20-60 % удельный вес легкоусвояемых углеводов, в первую очередь лицам, склонным к ожирению, за счет увеличения углеводов, богатых клетчаткой (овощи, фрукты, ягоды, овсянка). В отношении яиц следует отметить, что желток исключительно богат лецитином, количество которого в 8-10 раз превышает содержание в нем холестерина; рекомендуется одно яйцо в день.

Диета №11. Показана при заболеваниях легких, туберкулезе при отсутствии заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Диета № 12. Показана при функциональных заболеваниях перепой системы. Стол разнообразный; исключаются острые приправы, крепкие наваристые супы, копчености, жирные, жареные блюда, особенно мясные, действующие возбуждающе на нервную систему, алкоголь, крепкий чай, кофе, несколько ограничивают мясо и соль. Рекомендуются блюда из печени, языка, молочные продукты и бобовые, содержащие соли фосфора.

Диета №13. Показана при острых инфекционных заболеваниях. Состав: молочные продукты, супы протертые крупяные, овощные, мясо, рыба нежирных сортов в вареном виде, мясные бульоны, каши крупяные протертые, яйца всмятку и омлет, фрукты, ягоды в вареном виде, кисели, компоты, фруктовые соки. В повышенном количестве назначают витамины, особенно аскорбиновую кислоту, а также витамины группы В усиливают поступление жидкости. Питание дробное; поваренную соль умеренно ограничивают.

Диета №14. Показана при почечнокаменной болезни с отхождением камней, состоящих преимущественно из оксалатов. Состав: блюда из круп, мучные блюда, сахар, мед, варенье, хлеб белый и черный, хлеб из пшеничных отрубей, вареные мясо, рыба, овощные, фруктовые супы, окрошки, фрукты (выведению из организма щавелевой кислоты способствуют яблоки, груши, айва, кизил). Ограничивают масло, продукты, богатые солями кальция, мясные, рыбные супы; поваренной соли - до 5-8 г; добавляют витамин С; обильное питье (минеральные воды "Ессентуки" №4, 17, 20, "Смирновская"). Исключаются продукты, богатые щавелевой кислотой (щавель, шпинат, петрушка, бобы, крыжовник, шоколад), и экстрактивные вещества, пряности, алкогольные напитки. При отхождении камней, состоящих преимущественно из фосфатов, показаны: хлеб белый, черный с отрубями, мучные, крупяные изделия (также из сдобного теста), отварные мясо, рыба, сахар, мед; в ограниченном количестве - супы мясные, рыбные, консервы мясные, рыбные, масло; поваренной соли - до 5-8 г. Добавляют витамины А, С, группы В. Исключаются алкогольные напитки, пряности, крепкий чай, кофе, острые закуски, фрукты, ягоды, зелень, овощи, кроме брусники, бобовых.

Диета №15. Показана практически здоровым людям и выздоравливающим. Сюда входит полноценная, разнообразная пища с соблюдением основных условий рационального питания.

Диетотерапия эффективна лишь тогда, когда больной строго соблюдает предписанную ему диету и не добавляет (в порядке личной инициативы) непредусмотренные диетой продукты или изменяет условия приготовления блюд.

СПРАВОЧНИК ОСНОВНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Периферическая кровь	
Скорость оседания эритроцитов	Муж. 1-10 Мм\ч Жен. 2-15 Мм\ч
Гемоглобин	Муж. 130-160 Г\п Жен. 120-140 Г\л
Цветовой показатель	0,86 - 1,095
Количество эритроцитов	Муж. 4×10^{12} \л.- $5,1 \times 10^{12}$ \л Жен. $3,7 \times 10^{12}$ \л- $4,7 \times 10^{12}$ \л
Количество лейкоцитов	4×10^9 \л.- $8,8 \times 10^9$ \л
Лейкоцитарная формула	
Миелоциты	Отсутствуют
Метамиелоциты	Отсутствуют
Палочкоядерные] -6%	$0,040 - 0,300 \times 10^9$ /л
Сегментоядерные 47-72%	$2,0 - 5,5 \times 10^9$ /л
Эозинофилы 0,5-5%	$0,2 - 0,3 \times 10^9$ /л
Базофилы 0 — 1%	$0 - 0,065 \times 10^9$ /л
Лимфоциты 19-37%	$1,2 - 3,0 \times 10^9$ /л
Моноциты 3-11 %	$0,09 - 0,6 \times 10^9$ /л
Плазматические клетки	Отсутствуют
Диаметр эритроцита по эритроцитометрической кривой Прайса-Джонсона	
Нормоциты	$68 \pm 0,4\%$
Микроциты	$15,3 \pm 0,4\%$
Макроциты	$16,7 \pm 0,47\%$
Средний диаметр эритроцита	$7,55 \pm 0,009$ мкм
Гематокрит	Муж. 40 - 48% Жен. 36 - 42%
Количество тромбоцитов	$180 - 320 \times 10^9$ /л
Тромбоцитограмма	
Юных	0 - 0,8%
Зрелых	90,3-95,1%
Старых	2,2 - 5,6%
Количество ретикулоцитов	0,2-1,2%
Время кровотечения (метод Дьюка)	2-5 мин
Ретенция (адгезивность) тромбоцитов	20 - 55%
Агрегация тромбоцитов	10-60 с.
Ретракция сгустка крови Качественный метод Количественный метод	30 - 60 мин 40 - 95%
2. Костный мозг	
Кол-во миелокариоцитов	50 - 250 тыс в мкл
Кол-во мегакариоцитов	23- 103 в 1 мкл
Базофилы всех генераций	0 - 0,6%

Лимфоциты	9,4- 14,4%
Моноциты	0,5- 1,9%
Мегакариоциты	0 - 0,2%
Ретикулярные клетки	0 - 0,5 %
Плазматические клетки	0,1 -0,9%
Митоз клеток гранулопоза	0,2 - 0,4%
Митоз клеток эритропоза	0,2- 1,0%
Лейко-эритроцитарное отношение	От 3:1 до 4:1
Индекс созревания нейтрофилов	0,62 - 0,78
Индекс созревания цитоплазмы	0,73 - 0,85

Общеклинические исследования

1. Исследование мочи	
Количество мочи за сутки	800- 1500 мл.
Относительная плотность в	1002 - 1030
Цвет	Соломенно-желтый
Прозрачность	Слегка мутная
Реакция	Нейтральная, слабо-кислая, слабо-щелочная 6,25+0,36
Белок	Отсутствует или следы
Сахар	Отсутствует
Ацетон	Отсутствует
Кетоновые тела	Отсутствует
Уробилиновые тела	Отсутствует
Билирубин	Отсутствует
Аммиак	Отсутствует
Порфобилиноген	До 2 мг/л
Гемоглобин	Отсутствует
Макроскопическое исследование мочи	
Плоский эпителий	Незначительное количество
Переходной эпителий	Незначительное количество
Почечный эпителий	Отсутствует
Лейкоциты	3 -5 в п/зр
Цилиндры	Единичные в препарате
Слизь	Незначительное количество
Бактерии	Отсутствует или незначительное
Неорганический осадок	При кислой реакции - кристаллы мочевой к-ты. При щелочной реакции - аморфные фосфаты, мочекислый аммоний, трипельфосфаты; Оксалаты - при любой реакции мочи. Все соли определяются в незначительном количестве
Количественное исследование мочевого осадка по методу Нечипоренко	В 1 мл. мочи содержится: лейкоцитов до 2000, эритроцитов до 1000, цилиндров 0- 1 на.4 камеры подсчета
Проба Зимницкого	Суточное количество мочи составляет 65 - 75% выпитой жидкости. Дневной диурез составляет 2/3 - 3/4суточного. Относительная плотность 1004 - 1024
2. Исследование кала	
Количество за сутки	100-250 г.
Консистенция	Оформленный (мягкий и плотный)
Форма	Цилиндрический
Цвет	Коричневый
Реакция	Нейтральный
Слизь, кровь	Отсутствуют

Микроскопия кала	
Мышечные волокна	Отсутствуют или единичные
Нейтральный жир	Отсутствует
Жирные кислоты	Отсутствует
Мыла	Незначительное количество
Растительная клетчатка А) периваримая Б)непериваримая	Единичные клетки или клеточные группы Содержится в разных количествах
Крахмал, слизь, эпителий	Отсутствуют
Лейкоциты	Единичные в препарате
3. Исследование желудочной секреции	
А. Желудочный сок	
Количество	2-3 литра за 24 часа
Относительная плотность	1005
Реакция	1,6-2,0
Б. Желудочное содержимое натошак	
Количество	5-40 мл
Относительная плотность	Не более 20 -30 ммоль/л
Свободная соляная кислота	До 15 ммоль/л
В. Исследование базальной секреции	
Общее количество содержимого, собранного четырьмя порциями в течение 60 мин после откачивания порции натошак	50- 110 мл
Общая кислотность	40 - 60 ммоль/л
Свободная соляная кислота	20 - 40 ммоль/л
Связанная соляная кислота	10-15 ммоль/л
Дебит-час общей соляной	1,5 - 5,5 ммоль/л
Дебит-час свободной соляной	1,0 - 4,0 ммоль/л
Г. Исследование стимулируемой секреции желудка	
Часовой объем сока	100- 140 мл
Общая кислотность	80- 100 ммоль/л
Свободная соляная кислота	65 - 85 ммоль/л
Связанная соляная кислота	10-15 ммоль/л
Дебит-час общей соляной	8-14 ммоль/л
Дебит-час свободной соляной	6,5 - 12 ммоль/л
4. Исследование содержимого двенадцатиперстной кишки	
Суточное количество желчи	50-1000 мл
А. Исследование дуоденального содержимого Порция «А»	
Количество	20 - 35 мл (1 мл в 1 мин)
Цвет	Золотисто - желтый
Прозрачность	Прозрачная
Относительная плотность	1007- 1015
Реакция	Слабощелочная
Б. Исследование пузырной желчи Порция «В»	
Количество	30- 60 мл
Цвет	Темно коричневый (оливковый)
Прозрачность	Прозрачная

Относительная плотность	1016-1032
Реакция	Щелочная
В. Исследование желчи печеночных протоков Порция «С»	
Количество	30 мл .
Цвет	Золотисто - желтый
Прозрачность	Прозрачная
Относительная плотность	1007-1010
Реакция	Щелочная
5. Исследование спинномозговой жидкости	
Количество	100-150 мл
Относительная плотность	1003- 1008
Давление	150 - 200 мм.вод.ст. в положении лежа, 300 -400 мм.вод.ст. в положении сидя
Цвет	Бесцветная
Цитоз	Вентрикулярная жидк. 0 - 1 Цистернальная жидк. 0 - 1 Люмбальная жидк. 2-3
Реакция	7,35 - 7,8
Общий белок Люмбальная жидкость Цистернальная жидкости Вентрикулярная жидкость	0,15-0,45 г/л 0,22 - 0,33 г/л 0,10- 0,22 г/л 0,12-0,2 г/л
Глюкоза	2,78 - 3,89 ммоль/л
Ионы хлора	120- 128 ммоль/л

Биохимические исследования.

1. Показатели углеводного обмена	
Глюкоза Плазма Цельная капиллярная кровь	4,22-6,11 ммоль/л 3,38 - 5,55 ммоль/л
Глюкозотолерантный тест Цельная капиллярная кровь	Натощак <5,55 ммоль/л Через 120 мин < 7,8 ммоль/л
Сиаловые кислоты	2,0 2,33 ммоль/л 135-200 усл.ед.
Гликозированный гемоглобин	4,5 - 6,1 молярных %
Молочная кислота	0,99 - 1,75 ммоль/л
2. Показатели липидного обмена	
Общий холестерин	< 5,2 ммоль/л
Холестерин альфа-	>0,9 ммоль/л
Холестерин бета-	<4,9 ммоль/л
Коэффициент атерогенности	До 3,0 ед.
Бета-липопротеиды	До 55 ед.
Триглицериды	>2,3 ммоль/л
Неэстерифицированные	400-800 ммоль/л
3. Показатели белкового обмена	
Общий белок	65 - 85 г/л
Альбумин	35 - 50 г/л
Тимоловая проба	0-6 ед
Серомукоид	0,13-0,2 ед.
Гаптоглобин	0,9- 1,4 г/л
Креатинин: Кровь Моча	44- 115 ммоль/л 4,4 - 17,7 ммоль/л
Мочевина: Кровь Моча	2,5 - 8,3 ммоль/л 330 - 58 ммоль/л
Клубочковая фильтрация	80- 120 мл/мин
Канальцевая фильтрация	97 - 99%
Мочевая кислота Кровь Моча	Жен. 0,16- 0,4 ммоль/л Муж. 0,24 - 0,5 ммоль/л 2,4 6,0
Уровень средних молекул кровь Моча	0,22 - 0,26 ед. 0,3 - 0,33 ед.
4. Ферменты	
Аспаратамино transferаз (АСТ) Оптимизированный оптический тест Метод Райтмана-Френкеля	До 40 МЕ или до 666 нмоль/(схл) 0,1 - 0,68 мкмоль/(чхмл) или 28-190 нмоль/(схл)
Аланинаминотрансфераза (АЛТ) Оптимизированный оптический тест	До 40 МЕ или до 666 нмоль/(схл) 0,1 - 0,68 мкмоль/(чхмл) или 28 - 190 нмоль/(схл)
Альфа-амилаза Метод Каравея	Кровь- 3,3 - 8,9 мг/(схл) или 12-32 мг/(чхмл) Моча- до 44 мг/(схл) или до 120 мг/(чхмл)
Щелочная фосфатаза Оптимизированный	До 280 МЕ или до 4666 нмоль/(схл)

**НЕКОТОРЫЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ОРГАНИЗМА
ЧЕЛОВЕКА**

Возраст в годах	Артериальное давление в		Частота пульса
	женщины	мужчины	
10-20	115/75	118/75	60-90
20-30	116/78	120/76	60-65
30- 40	125/80	124/80	65-68
40-50	140/88	127/82	68-72
50- 60	155/90	135/85	72-80
70- 80	175/95	155/89	84-85